BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD DES BATIGNOLLES, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

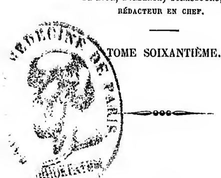
RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE,
CORRESPONDANT DES ACADÉMIES ROYALES DE MÉDECINE DE BELGIQUE ET DE TURIN,
DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER,
DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
DE LYON, BORDEAUX, STRASBOURG, ETC.
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME SOIXANTIÈME.



PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1861

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Résumé sommaire des principales questions agitées dans le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant l'année qui vient de s'écouler.

Nous avons l'habitude, au renouvellement de chaque année, ou de toucher à quelque question de thérapeutique générale qui marque, autant qu'il se peut, la tendance actuelle de la science, ou de résumer en quelques pages rapides les travaux principaux qui forment, suivant l'expression allemande, la contribution de ce journal au mouvement progressif de la médecine. Nous voudrions que les pages suivantes, par lesquelles nous nous proposons d'inaugurer la trente-deuxième année de l'existence du recueil que nous avons l'honneur de diriger, fussent marquées de ce double caractère, et que, tout en signalant quelques-uns des principaux travaux que nous avons publiés dans le cours de l'année qui vient de finir, elles fissent bien comprendre à nos bien-aimés lecteurs quelles sont quelques-unes des principales questions qui, à cette heure même, s'agitent le plus sérieusement au fond des esprits. La pratique a d'autres exigences que la science proprement dite, et tout en mettant en première ligne, du point de vue où nous nous plaçons en ce moment, un nombre de questions assez restreint, nous sommes loin de ne pas tenir compte, de ne pas tenir un très-grand compte d'une foule d'autres travaux que nous avons également publiés, et qui tendent à diriger plus sûrement la thérapeutique dans la pratique de tous les jours, ou à en élargir, à en féconder les applications. Comme en ces communions intimes avec nos lecteurs nous n'avons point à emprunter au style du prospectus ses pompeuses énumérations, nous nous contenterons sur ce point de la remarque qui précède, et, allant droit au but, nous allons reprendre en

quelques pages rapides quelques-unes des principales questions qui ont été agitées dans le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant le cours de l'année 1860, et remettre en lumière les conclusions fondamentales auxquelles les travaux que ces questions ont provoqués semblent devoir aboutir.

Parmi ces questions, la plus grave sans contredit, soit qu'on la considère dans le principe qu'elle pose, soit qu'on la considère dans les conséquences pratiques qu'elle entraîne, c'est celle qu'a traitée M. Monneret, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Paris, sous ce titre que chacun se rappelle : *De l'alimentation comme moyen curatif dans le traitement de la fièvre typhoïde.* Le professeur de pathologie interne n'hésite pas dans cette question ; suivant lui, il faut nourrir les malades, et cela dès les premiers jours, dans la fièvre typhoïde. Dans l'opinion de notre savant collaborateur, nous ignorons complétement la nature de cette maladie, la plus fréquente peut-être de toutes celles qui affligent l'espèce humaine, puisque, à la bien saisir sous la forme quelquefois assez mal dessinée qu'elle revêt dans le premier âge de la vie, le nombre des individus qui en ont été affranchis paraît devoir être assez restreint ; mais si nous ignorons la nature de la maladie, car tous les systèmes qui ont prétendu l'expliquer ne sont que de purs rêves de l'imagination, ce que nous n'ignorons pas, c'est l'atteinte profonde et rapide qu'y subissent les fonctions de nutrition et d'assimilation. Pour montrer combien ces fonctions s'altèrent dans cette maladie, M. Monneret a eu l'heureuse idée de soumettre les malades, à diverses époques de l'affection, à des pesées régulières : or, en suivant cette méthode, qui ne laisse pas de prise à l'erreur ou à la préoccupation théorique, il est arrivé à mesurer, par des chiffres plus éloquents que tous les raisonnements, les pertes subies par l'organisme soit dès les premiers jours de la maladie, soit à des périodes plus ou moins avancées. M. Monneret ne saurait rendre responsable d'un tel résultat ni un état chloro-anémique qui s'observe en effet en pareil cas, ni un état de défibrination du sang qui est moins marqué ; car, outre que cette altération du liquide nourricier par excellence est une conséquence elle-même de l'état général qui la précède, on ne voit pas que, dans la chloro-anémie que caractérise une diminution des globules rouges, ou dans le scorbut où la fibrine subit une diminution marquée, il se produise jamais de ces accidents ataxo-adynamiques, qui appartiennent, au contraire, essentiellement à l'affection typhique. C'est donc plus loin encore qu'il faut remonter, dans cette analyse symptomatologique, pour

trouver la cause de cet enchaînement de phénomènes au milieu desquels la vie peut s'éteindre, ne s'éteint que trop souvent. Dans l'opinion du médecin de l'hôpital Necker, l'esprit, poursuivant cette laborieuse recherche, est forcé de s'arrêter devant un inconnu qui lui échappe dans sa réalité substantielle, mais qui se laisse au moins entrevoir par l'atteinte évidente que présente une des fonctions fondamentales de la vie, l'assimilation. Là est la cause tangible et heureusement attaquable par la thérapeutique du mal sous lequel fléchit incessamment l'organisme et auquel il n'échappe, en fin de compte, dans les cas ordinaires, que lorsque les matériaux nutritifs lui arrivent assez à temps pour prévenir un collapsus, dont rien désormais ne saurait le relever. Comme c'est là l'idée fondamentale sur laquelle s'appuie le professeur de pathologie interne, pour instituer dans le traitement de la fièvre typhoïde une diététique quelque peu différente de celle qu'on suit d'ordinaire, qu'on nous permette de reproduire ici l'argument grave qu'il fait valoir, pour justifier l'idée hardie développée par lui avec le talent que tout le monde lui connaît : « L'inanition, c'est-à-dire la suspension ou la diminution du travail d'assimilation, dit M. Monneret, joue un rôle essentiel dans la production de ces accidents. On ne peut expliquer autrement la perte rapide du poids du corps, l'ulcération et le développement si commun des gangrènes, l'émaciation, enfin les hémorrhagies et la diminution des globules dans les cas les plus graves. Cette lésion typhoïde se retrouve également dans la maladie causée par la privation d'aliments. Qu'on jette les yeux sur la description donnée par les médecins belges, qui ont eu de trop fréquentes occasions d'étudier la maladie des Flandres, et l'on sera frappé de la ressemblance extrême qu'offrent ces deux maladies. Les expériences faites par M. Chossat sur les animaux reproduisent également les symptômes ataxo-adynamiques observés chez les malheureux qui meurent d'inanition. La prostration extrême, la stupeur, l'hébétude, la somnolence, le subdélirium, les soubresauts de tendon, l'état pulvérulent des narines, la chassie oculaire, les fuliginosités, l'épistaxis, la fétidité des humeurs sécrétées et excrétées, le météorisme, la diarrhée, les hémorrhagies, les ulcérations, les escarres, en un mot tous les accidents de la fièvre typhoïde se retrouvent dans l'inanition. »

Il est impossible de n'être pas frappé des rapports que signale ici notre savant confrère; et devant un tel tableau, qui n'est que l'expression simple de la nature elle-même dans la vérité de ses défaillances, il est impossible de se refuser à espérer, au moins avec

l'auteur, qu'en suivant la voie thérapeutique qu'il a lui-même suivie avec succès, et dans laquelle il invite tous les médecins qui ont plus souci de la vie des malades que des systèmes, à s'engager avec lui, on arrive un jour à des résultats importants. Pour nous, nous n'hésitons point à déclarer hautement ici qu'il ressort de la conception développée par notre savant confrère une vérité pratique importante, un enseignement utile à propager. Mais nous nous hâtons d'ajouter qu'il y a en ceci, comme en toute chose, une mesure qu'il faut garder, sous peine de dépasser le but, de nuire par conséquent. Bien que M. Monneret, dans son intéressante notice, n'ait pas de ces formules invariables, qui supposent l'identité là où tout est variable et mobile, il ne laisse pas, suivant nous, de se hâter un peu trop dans l'administration des substances nutritives. Il ne faut pas oublier qu'ici c'est à des jeunes gens qu'on a affaire, dans l'immense majorité des cas, et que, dans de semblables conditions, la force de résistance vitale, l'aptitude à la continuité de la vie existe à son maximum d'intensité. On peut donc, dans notre opinion, temporisèr sans péril un peu plus que ne le prescrit le médecin de Necker. Cette mesure, quant au temps, nous voudrions qu'on la gardât également quant à la qualité et à la quantité des substances nutritives. M. Monneret fait à cet égard remarquer avec raison que les Anglais sont depuis longtemps plus hardis que nous dans leur diététique appliquée à la fièvre typhoïde, qu'ils donnent, dès le début de la maladie, du bouillon aux patients : cela est vrai, mais ne l'est pourtant qu'incomplétement; c'est le thé de bœuf (*beef-tea*) qu'ils administrent exclusivement tout d'abord, ce qui n'est pas identiquement la même chose. Ne pas saigner dans la fièvre typhoïde, a dit quelque part M. le professeur Andral, ce n'est pas donner du beefsteack : de même, dirai-je à mon tour, pour ôter à l'expression de M. Monneret ce qu'elle a peut-être d'un peu exagéré, ne pas donner exclusivement de l'eau de gomme, ce n'est pas donner du consommé. Quoi qu'il en soit à cet égard, il y a dans les pages que nous venons de signaler, et dont le professeur de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris a bien voulu enrichir notre recueil, une idée pratique de la plus haute portée, et sur laquelle nous n'hésitons pas à appeler sérieusement la méditation des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Nous rapprocherons de la notice de M. Monneret sur la fièvre typhoïde celle qu'a publiée sur le même sujet, étudié pourtant à un tout autre point de vue, M. le professeur Vogt; le médecin de Berne se propose surtout, lui, d'étudier le mouvement fébrile dans

les maladies continues, et de rechercher par quels moyens il est possible de le réprimer, sans s'exposer, autant qu'il est possible, à exaspérer les lésions locales dont il est l'expression symptomatique, ou avec lesquelles il coexiste. Deux moyens lui paraissent surtout propres à atteindre ce but : ce sont la vératrine, ou le sulfate de quinine. Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, quand surtout il y existe ce groupe de symptômes dangereux qui constitue ce que dans la langue séméiologique on appelle l'*ataxo-adynamie*, le sulfate de quinine lui paraît préférable, et il a infiniment raison. Cette question de l'opportunité des antipyrétiques dans le traitement des maladies fébriles, beaucoup l'ont agitée déjà, sans qu'on soit encore complétement édifié sur la valeur de cette médication. Tant d'efforts ne sont pas restés stériles cependant, et nous en donnerons pour preuve quelques-uns des résultats remarquables que M. Vogt a rigoureusement constatés. Remarquons en passant que, pour ce qui est des applications du sel de quinine au traitement de la fièvre typhoïde en particulier, les conclusions du professeur de Berne concordent avec celles du professeur de Paris.

Pour ce qui est de l'action de la vératrine, employée comme antipyrétique dans les maladies continues d'un autre caractère, la pneumonie par exemple, nous croyons qu'il y a encore là une donnée importante à dégager ; mais cette donnée, malgré les travaux de nos savants collaborateurs MM. Aran, Vogt, etc., ne se laisse guère encore que pressentir. C'est, si nous ne nous trompons, sur des faits de cet ordre, à commencer par ceux qui lui sont propres, ceux qu'il a naguère cités pour prouver l'efficacité de l'oxyde blanc d'antimoine dans la pneumonie et à finir par ceux qu'a si bruyamment proclamés l'homœopathie; c'est, répétons-le, sur des faits de cet ordre que s'appuie M. le professeur Trousseau, pour émettre en ce moment, et dans sa clinique et dans ses livres, une conjecture fort imprévue de sa part, à savoir : l'efficacité de la médecine des bras croisés (un des mots du savant professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu) dans le traitement de la pneumonie. Nous sommes convaincu que c'est là une immense erreur, qui, du premier coup, sera saisie par tous les esprits intelligents, et que nul, par conséquent, n'osera soumettre à la coupelle d'une scandaleuse expérimentation. Esprit ardent, infatigable chercheur et quelque peu fantaisiste, le savant professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris a eu plus d'une de ces idées un peu aventureuses, dans sa vie médicale; mais son excellent jugement en fait promptement justice : il n'en sera pas autrement de celle qui lui

trotte en ce moment dans le cerveau. Le professeur de clinique, dans les prolégomènes d'un livre qui ne peut manquer d'être intéressant au plus haut degré, dit quelque part qu'il vieillit : nous n'en croyons rien. M. Trousseau croit trop à son extrait de baptême : il se calomnie ou se vante; il est toujours jeune, il n'a que trente ans. *(La fin au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'amaurose albuminurique à propos d'un cas de guérison parfaite de cette affection.

Par M. le docteur Rava, chef de la clinique ophthalmologique du professeur R. Secondi, de Pavie.

Il y a déjà quelques années que les pathologistes ont appelé l'attention sur une forme morbide commune dans la pratique et caractérisée par les phénomènes d'une inflammation plus ou moins lente des reins et par la présence de l'albumine dans les urines.

Cette forme morbide, ou du moins le rapport qui existe entre elle et la condition pathologique qui lui sert de base, a été découverte par Bright en 1827; mais le fait de la présence de l'albumine dans un grand nombre d'hydropisies avait été déjà signalé auparavant par Cotugno, Nysten et quelques autres auteurs. Depuis cette époque pourtant jusqu'à ces dix dernières années, personne n'avait observé ou au moins convenablement établi un fait particulier qui se montre parfois dans le cours de cette maladie, c'est-à-dire un affaiblissement plus ou moins considérable de la faculté visuelle, ou, si cet affaiblissement avait été noté, on le considérait comme une affection secondaire et provenant de la grande faiblesse de l'organisme produite par les pertes profuses d'albumine.

C'est M. Landouzy qui a annoncé le premier, en 1850, ce fait que chez tous les individus affectés de maladie de Bright, il existe, outre la faiblesse générale, un affaiblissement considérable de la faculté visuelle. M. Landouzy ajoutait encore que ce symptôme précède quelquefois la maladie, et que, lorsqu'il l'accompagne, il ne suit pas les phases de la quantité d'albumine évacuée par les urines, ni de l'œdème.

Les observations postérieures à celles de M. Landouzy ont démontré que ce médecin était allé trop loin, lorsqu'il avait considéré ce phénomène comme constant; mais la vérité des remarques générales

de ce médecin n'en est pas moins restée debout, puisque dans tous les pays, en Amérique, en Angleterre, en France, en Allemagne, en Italie, il n'est pas un médecin qui n'ait eu l'occasion de constater chez quelque malade affecté de néphrite albumineuse des troubles visuels plus ou moins profonds. Malheureusement l'ophthalmologie n'avait pas encore fait ce pas gigantesque qu'elle doit à l'admirable découverte d'Helmholtz, et la science restait muette sur les causes d'un phénomène aussi singulier. On inclinait à penser d'une manière indécise, en l'absence de faits positifs, que cette cause devait se trouver dans les conditions générales de l'organisme et plus particulièrement dans la diminution de l'albumine du sang ou dans la rétention de l'urée et dans sa transformation en carbonate d'ammoniaque; mais la vérité ne devait pas tarder à se faire jour, et, avec la révolution que l'ophthalmoscopie allait faire en ophthalmologie, les conditions pathologiques de cet état morbide ne pouvaient échapper longtemps; aussi ces conditions étaient-elles bientôt signalées, et telle était leur constance que Desmarres et Quaglino n'hésitaient pas à dire qu'avec des altérations de ce genre, on pouvait sans crainte diagnostiquer la maladie de Bright.

Je ne m'arrêterai pas à discuter sur la raison d'être de cette affection oculaire dans la néphrite albumineuse. Si je devais pourtant dire ma pensée, je n'hésiterais pas à affirmer que l'on ne peut considérer la condition de l'amblyopie et de l'amaurose albuminuriques comme se trouvant en rapport direct avec la maladie de Bright, mais bien plutôt comme liée à la dyscrasie sanguine et au trouble de la circulation, qui en sont tantôt la cause, tantôt l'effet. Mais ce qui distingue profondément cette explication de celle qui avait été proposée avant la découverte de l'ophthalmoscope, c'est que ce n'est pas l'amaurose qui dépend de la viciation de la crase sanguine, mais la condition morbide de l'amaurose qui consiste dans un travail hémorrhagique exsudatif de la rétine.

Les raisons qui militent en faveur de cette dernière manière de voir sont les suivantes :

1° Dans aucune autre affection du rein on n'observe d'altération de la vue, bien que cependant les troubles de cette sécrétion aient pour résultat de faire subir au sang des altérations plus ou moins importantes, en diminuant ou en augmentant la proportion de quelques-uns de ses principes constituants, comme dans l'oxalurie, l'hippurie, la glycosurie, etc.

2° Bien qu'il existe entre les diverses parties de notre corps de ces connexions éloignées qu'il est impossible d'expliquer, et bien

que l'activité physiologique des divers organes soit reliée par le système nerveux qui préside à l'action de tous, il n'en est pas moins vrai que l'anatomie et la physiologie sont encore à nous montrer un rapport même indirect, soit matériel, soit fonctionnel, entre la rétine et les reins.

3° La condition physiologique de l'amaurose albuminurique se développe quelquefois, même dans des cas où, sans qu'il y ait maladie de Bright, il y a pourtant dans le sang la même dyscrasie que celle que produit cette maladie. Il existe dans les annales de la science des faits de cette nature, constatés par des moyens divers, et par induction nous pouvons y rapporter ces cas nombreux d'amauroses paralytiques des anciens oculistes, telles que celles qui sont occasionnées par un allaitement prolongé, une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, et encore par la spermatorrhée, par des pertes sanguines abondantes.

4° Lorsque, par une cause temporaire, se produit dans le sang la dyscrasie propre aux albuminuriques, il en résulte l'altération morbide de la rétine qui occasionne l'amblyopie, et celle-là disparaît avec la recomposition de la crase sanguine. Par exemple, les femmes enceintes et affectées d'anasarque, chez lesquelles on constate, à l'aide de réactifs convenables, la présence de l'albumine dans les urines, sont sujettes, dans quelques cas, à une amblyopie qui dure toute la grossesse et qui ne commence à disparaître qu'après l'accouchement, alors que, les urines cessant d'être albumineuses, le sang revient à sa composition normale.

Il n'est pas davantage dans nos intentions de rechercher si la maladie des reins doit être considérée comme la cause du trouble dyscrasique du sang, ou bien si c'est dans la condition primitivement anormale de ce liquide qu'il faut chercher la cause de la maladie du rein. Les faits cliniques, qui seuls pouvaient servir de guide certain pour une recherche de ce genre, se présentent ordinairement tellement compliqués qu'il est difficile d'y voir parfaitement clair. Quoi qu'il en soit, voilà cependant comment, la dyscrasie sanguine une fois admise, on peut, suivant moi, s'expliquer la genèse des lésions de la rétine chez les sujets albuminuriques :

C'est un fait que les parois vasculaires présentent une perméabilité qui permet le passage à travers leurs pores de la partie la plus fluide de l'humeur qu'ils contiennent. La nutrition elle-même, considérée dans son travail final, ne se réduit à autre chose qu'à cette espèce d'exosmose. Le travail morbide congestif ou inflammatoire des organes possède, on le sait, la propriété d'activer cette exosmose,

et de là production des exsudats. La même chose arrive quand le liquide contenu dans les vaisseaux devient plus ténu, et parallèlement ces pores des parois vasculaires s'augmentent par le relâchement des vaisseaux; c'est ce qui fait que dans le purpura, dans le scorbut, etc., il se fait par les vaisseaux de véritables exsudations sanguines dans la peau et dans tous les tissus qui ne possèdent pas beaucoup de résistance. Or, il me semble que le sang des albuminuriques se trouve dans des conditions sinon identiques, au moins analogues à celles-ci, et il n'y a donc nullement à s'étonner que le tissu lo plus délicat de l'organisme, c'est-à-dire la rétine, dont les vaisseaux sont si petits et si fragiles, puisse être le siége de ces exsudations albumineuses ou sanglantes que l'on trouve chez les albuminuriques et qui représentent la condition morbide de l'amblyopie ou de l'amaurose.

Et à cette observation qui se présente tout naturellement, à savoir comment il se fait que, les choses se passant ainsi, l'amaurose ne se développe pas chez tous les albuminuriques, mais seulement chez un petit nombre d'entre eux, comme en font foi Frerichs, Bright, Barlow, Blodig, Desmarres, et comme j'ai pu le constater moi-même chez un grand nombre de malades observés dans les hôpitaux de Milan et de Pavie, je répondrai que les choses ne se passent pas dans cette maladie autrement que dans les autres; et de même que les terminaisons d'une maladie quelconque sont différentes, suivant le degré de l'affection elle-même, mais aussi suivant les conditions de l'individu qu'elle attaque, de même dans l'albuminurie il peut ou non survenir des exsudations rétiniennes, suivant la disposition individuelle. Dans quelques cas, les urines donnent un précipité albumineux abondant, et la vue so conserve parfaite, au moins pendant assez longtemps : c'est ce qui a lieu ordinairement chez les sujets d'un tempérament robuste, d'une bonne constitution et sans aucune lésion du foie, de la rate, du cœur ou des gros vaisseaux; chez d'autres l'analyse chimique révèle une très-faible quantité d'albumine, les lésions de la vue sont très-considérables, et d'après mes observations il semble que cela se montrerait principalement chez des sujets anémiques, appauvris et en proie à ces désordres des organes centraux de la circulation qui peuvent favoriser les processus hémorrhagiques vers le cerveau, la choroïde et la rétine. Les femmes enceintes se trouvent assez fréquemment, bien que passagèrement, dans cette circonstance défavorablo, et telle est, je crois, la raison pour laquelle on voit quelques-unes d'entre elles, affectées d'anasarque et d'albuminurie, devenir plus

fréquemment amaurotiques que celles qui sont simplement affectées de maladie de Bright.

Au reste, de ce que l'amaurose ne se développe pas chez tous ceux qui sont en proie à la diarrhée albuminurique, nous ne pouvons pas déduire avec certitude l'immunité de la rétine; d'autant plus que tous les exsudats ou les hémorrhagies qui surviennent à la surface ou dans l'épaisseur du parenchyme de cette membrane ne produisent pas la perte de la vue. Celles qui occupent la région antérieure, par exemple, ne sont accompagnées d'aucun trouble dans la faculté visuelle, et, de celles qui occupent le segment postérieur, celles-là seulement qui sont placées dans le champ de la pupille, de la tache jaune ou des points circonvoisins, se traduisent par des troubles visuels plus ou moins profonds. Ajoutons encore que, lorsque les troubles fonctionnels des yeux sont encore légers, les médecins n'y attachent pas pour la plupart une grande importance, dans la persuasion qu'ils tiennent à la faiblesse du malade; de sorte que les spécialistes n'étant appelés qu'à une époque où les malades sont aveugles ou presque aveugles, il est impossible de dire l'état dans lequel se trouvent le plus grand nombre de ceux qui ne sont pas encore arrivés à cette extrémité.

Mais il y a plus : les ophthalmologistes ont rencontré de ces cas d'albuminurie suivis d'amblyopie ou d'amaurose, sans en trouver l'explication dans les lésions correspondantes de la rétine. Ces faits semblent détruire ou au moins infirmer gravement tout l'édifice de la théorie relative à la cause de l'amaurose albuminurique; mais si l'on considère que la rétine n'est autre chose qu'une expansion membraneuse de la pulpe nerveuse du nerf optique et que son système vasculaire procède conséquemment de ce tronc si grêle qui parcourt ce nerf, c'est-à-dire de l'artère centrale, on se demande naturellement si, dans des cas semblables, le travail morbide ne s'est pas fait dans la pulpe nerveuse du nerf optique lui-même et précisément à son centre, par le fait d'exsudations imperceptibles ou d'hémorrhagies de l'artère centrale.

Je tiens cette supposition pour très-fondée et j'ai par devers moi un fait de grande valeur pour l'appuyer. Les femmes enceintes affectées d'anasarque et d'albuminurie deviennent amblyopiques et amaurotiques, sans que l'ophthalmoscope en note la cause; mais après l'accouchement quelques-unes recouvrent la vue, en un temps plus ou moins long; d'autres la perdent entièrement, et alors l'instrument permet de saisir les caractères de l'atrophie de la pupille. N'est-il pas vraisemblable que, dans les deux cas, la cause de l'am-

blyopie avait son siége dans l'intérieur du nerf optique et consistait précisément dans un exsudat, absorbé dans les cas les plus favorables, ayant produit au contraire dans les autres, par suite de la pression exercée sur l'artère centrale, l'atrophie des vaisseaux papillaires et l'état perlé de la membrane? J'ai déjà vu trois faits de ce genre : l'un chez une maîtresse d'hôtel de Milan qui était devenue œdématiée, albuminurique et amaurotique pendant la grossesse et qui ne recouvra la vue que plusieurs mois après l'accouchement, à la suite de la disparition graduelle de l'anasarque et de l'albuminurie : l'ophthalmoscope n'avait révélé aucune lésion; les autres chez deux malades, dont l'une était dans les salles du docteur Quaglino, de Milan, et l'autre s'était présentée à la consultation de la clinique oculistique de Pavie. Toutes deux étaient devenues aveugles pendant la grossesse, qui avait été compliquée d'anasarque, et chez toutes les deux on ne découvrait autre chose que l'aspect perlé de la pupille, avec atrophie de ses vaisseaux.

Reste à savoir pourtant si, dans quelques-uns des cas d'albuminurie non liés à la grossesse et dans lesquels il survient une amaurose sans rétinite, les caractères de l'atrophie de la pupille se montrent à la longue. Jusqu'ici je n'ai pas eu occasion de le constater; mais qui sait si beaucoup de ces cas d'atrophie de la pupille, que l'on rencontre dans la pratique et que l'on ne sait comment expliquer, ne sont pas la conséquence d'une dyscrasie albuminurique antérieure? Les observations ultérieures diront ce qu'il faut penser de cette opinion que je me contente d'avoir émise et livrée à la discussion. Ce qui est certain, c'est que l'origine des maladies est un point d'une importance capitale dans la pratique, au point de vue des indications curatives principalement, et tout ce qui peut jeter de la lumière sur l'étiologie des maladies constitue un progrès pour la médecine et pour la thérapeutique.

Ces considérations terminées, je passe à l'histoire clinique d'un cas d'amaurose albuminurique qui mérite d'être connu, et sous le rapport de la forme véritablement caractéristique des lésions qui se montraient sur la rétine, et par le succès complet du traitement qui a rendu la vue à une malade déjà aveugle.

Obs. Catherine Spieltini, de la Cava, âgée de vingt-trois ans, employée aux travaux des champs, tempérament lymphatico-sanguin, constitution médiocrement forte, réglée depuis l'âge de quinze ans, jamais malade, s'était mariée à l'âge de vingt ans. Devenue enceinte un mois après, la grossesse et l'accouchement furent assez réguliers, sauf que la couche fut suivie d'un abcès au sein, qui n'empêcha

pas cette femme de nourrir son enfant pendant plus de quinze mois : dans cet espace de temps elle vit une seule fois ses règles. L'allaitement terminé, nouvelle grossesse, mais cette fois traversée par des malaises incessants et des accès de fièvre rebelles au quinquina et qui ne disparurent qu'après l'accouchement. Vers la fin du sixième mois, les pieds commencèrent à s'œdématier, puis les jambes, les cuisses, les parties génitales, les mains, les bras, et en dernier lieu la face. En même temps toux, difficulté pour respirer, anxiété précordiale, maux de nerfs, urines rares, conservation de la vue. Cet état de choses conduisit la malade à se faire pratiquer deux saignées, mais sans aucun avantage. Pourtant l'anasarque allait toujours augmentant, l'appétit se conservait toujours bon. L'accouchement eut lieu naturellement, le 26 décembre dernier : l'enfant, du sexe féminin, à terme, mais mal développé, mourut quatre jours après. La sécrétion lactée ne s'établit pas : les lochies furent abondantes et assez liquides; par suite, diminution notable dans l'anasarque, mais seulement pendant quelques jours. Avec la disparition des lochies, l'anasarque recommença à augmenter. Les urines se maintenaient toujours rares. Les accès de fièvre ne reparurent pas.

Quinze jours après l'accouchement, la vue, qui jusque-là s'était conservée normale, commença à s'altérer. D'abord c'était uniquement des globes noirâtres que la malade apercevait quand elle fixait la lumière; plus tard, affaiblissement progressif de la vision, qui augmenta avec une telle rapidité qu'en huit jours il ne restait plus à la malade que la perception de la lumière. A ce moment, les yeux étaient injectés, larmoyants, et la malade y éprouvait comme une sensation de brûlure et de douleur profonde qui irradiait vers les tempes.

Dans cet état de choses, la malade se décida à entrer à l'hôpital de Pavie, au mois de janvier. Son aspect indiquait le dépérissement, la coloration de la peau était d'une pâleur terreuse, les muqueuses des orifices décolorées, la langue blanchâtre; bon appétit; un peu de toux avec quelques râles diffus dans les deux poumons; matité cardiaque légèrement augmentée dans le sens vertical; impulsion et bruits du cœur un peu forts, mais sans murmure; ventre mou, indolent; utérus parfaitement revenu sur lui-même; la pression déterminait une douleur un peu vive à la région lombaire. Urines peu abondantes, limpides, d'un jaune clair, inodores, fournissant par l'acide nitrique un précipité albumineux abondant; peau sèche, œdème général et assez considérable aux mains et à la face principalement. Apyrexie complète.

Les conjonctives oculaires étaient légèrement infiltrées aux deux yeux et offraient une coloration d'un jaune pâle. Les yeux étaient sans expression, l'œil d'une couleur châtain clair, les pupilles assez dilatées et parfaitement immobiles, le fond de l'œil noir, la cécité presque complète, la malade discernant confusément la lumière et l'ombre des personnes. De temps en temps quelques douleurs profondes dans les bulbes oculaires ; la perception des globes noirâtres avait presque complétement cessé.

Placée d'abord dans un service de médecine, on soupçonna la présence d'une maladie de Bright et on lui prescrivit une solution d'acétate de potasse dans de la tisane de chiendent. Diurèse très-abondante à la suite et disparition subite de l'anasarque; mais les urines restaient albumineuses et la malade aveugle. On la transporta à la clinique d'oculistique, où elle fut soumise à l'examen ophthalmoscopique. En voici les résultats :

Milieux transparents normaux. Le fond de l'œil donne un reflet d'un blanc grisâtre qui n'est pas uniforme, mais plus marqué dans certains points que dans d'autres. En ajoutant la lentille convexe, on distingue la papille à sa grande suffusion sanguine et à ce qu'elle est entourée de taches de diverses formes et grandeurs, quelques-unes d'une couleur blanc bleuâtre, d'autres d'un blanc jaunâtre, amplement disséminées sur toute la surface visible de la rétine et surtout au niveau de la tache jaune, où l'on trouve des taches pareilles de forme oblongue, formant comme autant de rayons groupés autour d'un centre commun. D'autres taches et stries d'une couleur rougeâtre et de moins en moins foncée, situées sur le trajet ou à l'extrémité de quelques vaisseaux et formées évidemment de petites hémorrhagies ou exsudations sanguines de ces mêmes vaisseaux, se retrouvent des deux côtés, spécialement au-dessous et en dehors de la pupille (image renversée). Les vaisseaux coronaires ont leur origine au centre papillaire; mais ils sont rares, mal nourris, et çà et là, dans divers points, ensevelis sous des exsudats, tant au périmètre de la pupille que dans le reste de la surface rétinienne. L'altération de la rétine empêche de voir la choroïde, dont les mailles sont pourtant assez faciles à distinguer dans la portion visible de l'hémisphère antérieur.

Les altérations de la rétine étaient assez caractéristiques pour que M. le professeur Secondi n'hésitât pas à porter le diagnostic suivant : *amaurose par rétinite albuminurique*.

Le traitement fut dirigé d'après une méthode d'abord doucement antiphlogistique, puis résolutive. (Sangsues aux tempes, puis ap-

plication d'un large vésicatoire à la nuque, que l'on fit suppurer longtemps; à l'intérieur l'acétate de potasse, à la dose de 4 grammes par jour, donné dans une décoction de chiendent; enfin tous les jours des frictions susorbitaires avec la pommade d'iodure de potassium.)

Ces moyens eurent un succès complet. La vue de la malade alla de jour en jour se rétablissant, en même temps que disparaissaient les douleurs, la brûlure, la perception des globes noirs, etc. Les yeux reprirent leur vivacité naturelle, les pupilles redevinrent peu à peu sensibles à l'action de la lumière, et à la fin elles obéissaient promptement et avec vivacité à son influence; seulement la lumière trop vive était difficilement supportée.

Pendant le cours du traitement, on essaya tous les jours les urines qui étaient assez abondantes. Pendant les huit ou dix premiers jours la quantité d'albumine resta stationnaire; par la suite elle diminua si rapidement que, dans les derniers jours du séjour de la malade à la clinique, la quantité était assez faible pour ne pouvoir être découverte que par un excès de réactif.

Peu de jours avant que la malade quittât l'hôpital, je l'examinai de nouveau avec l'ophthalmoscope; cette fois, pour bien distinguer les objets au fond de l'œil, j'avais dilaté la pupille, en instillant entre les paupières quelques gouttes d'atropine. Je pus me convaincre que le retour de la fonction visuelle était en relation parfaite avec l'état de la rétine. Tous les exsudats qui entouraient la papille et qui se trouvaient à la surface étaient complétement résorbés. Il en était de même en grande partie des hémorrhagies; mais dans les points où elles s'étaient produites, on voyait encore des traces de taches un peu obscures formées, suivant toute probabilité, aux dépens de la partie pigmentaire du sang. La papille des deux côtés, jadis confuse et susceptible d'être reconnue seulement à ses vaisseaux par un œil exercé, se montrait distincte, arrondie, assez grande, mais elle ne présentait pas cette teinte rosée caractéristique qu'elle montre dans la zone nerveuse à l'état normal. Elle était plutôt d'une couleur jaunâtre, et l'on aurait dit un premier degré d'atrophie. Les vaisseaux papillaires se voyaient pourtant assez bien dans tout leur parcours; mais, assez rares comme nombre, et mal nourris, ils ne se ramifiaient pas beaucoup au delà du périmètre papillaire. La rétine avait recouvré en grande partie sa transparence normale, principalement dans la portion la plus antérieure; par suite, les mailles choroïdiennes étaient devenues visibles dans une plus grande étendue que par le passé; il restait encore une

suffusion légère tout autour de la papille, ce qui donnait un reflet gris caractéristique.

En présence de ces conditions et en vue de remédier à l'état anémique de la malade, on lui prescrivit des poudres ferrugineuses et on la mit à une alimentation plus nutritive, avec une petite quantité de vin. Ces moyens assurèrent la guérison, et la malade sortait en parfait état, le 29 février, trente-sept jours après son entrée à l'hôpital. D'aveugle qu'elle était à son arrivée, de manière à avoir besoin d'être accompagnée lorsqu'elle voulait faire un pas, elle quittait l'hôpital avec une vue assez bonne pour enfiler une aiguille et pour lire les caractères assez fins des pancartes imprimées de l'hôpital.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la composition chimique de la graine de citrouille (*pepo maxima*). Remède ténifuge indigène.

Quel est le principe actif de la graine de citrouille? telle est la question que les thérapeutistes adressent aux chimistes. Nous répondrons pour notre compte, et avec regrot, qu'après deux années d'essais et d'expériences diverses, la question est encore à résoudre. Il en est de même pour le cousso, l'écorce de grenadier; on sait que ces substances tuent le ténia, mais que leurs principes constituants pris isolément sont sans action sur ce ver. On a administré également l'huile obtenue par expression des semences de citrouille : elle est restée sans action, tandis qu'elle agit émulsionnée avec les autres principes naturels, c'est-à-dire que le nouveau ténifuge doit être administré tel que la nature le fournit.

D'autres chimistes seront-ils plus heureux que nous dans leurs recherches? nous le désirons : en attendant, nous consignons ici les nôtres, afin qu'elles puissent servir de point de départ.

Pline avait appelé la citrouille : de l'*eau corporisée;* il en classait la graine parmi les semences froides.

En Turquie, les semences de citrouille sont un mets très-recherché par toutes les classes de la société; on mange les amandes bouillies, ou grillées sur des plaques en fer.

En Afrique, on en retire par expression à froid une huile bonne à manger; cette huile doit être faite au fur et à mesure des besoins, car elle rancit très-promptement. Cette altération est due à la matière azotée qu'elle contient; le tourteau surtout acquiert en quelques jours une odeur détestable.

L'huile de graine de citrouille présente une couleur brune jaune verdâtre ; elle est plus consistante que l'huile d'amandes douces. Lorsqu'elle est nouvellement préparée, son odeur est faible ; sa saveur, *sui generis*, n'est pas désagréable, mais elle devient d'un emploi impossible avec le temps. Cette huile bout au même degré que l'huile d'amandes douces, elle ne se congèle qu'à plusieurs degrés sous zéro ; si, dans cet état, on la comprime entre des feuilles de papier à filtrer, comme le conseille M. Braconnot pour l'analyse des huiles, on en sépare 78 parties de matière liquide, 25 parties de matière solide. Si on mélange 10 parties de cette huile avec 1 partie de sous-acétate de plomb et 20 parties d'eau distillée, on obtient, après avoir décanté ce savonule, une huile qui ne sèche pas à l'air atmosphérique, comme le fait l'huile de lin. L'acide sulfurique étendu d'eau décolore promptement cette huile, en précipitant le mucilage et le principe colorant qu'elle contient. L'alcool rectifié dissout une petite proportion de cette huile ; le proto-nitrate de mercure, dans aucune proportion, n'en change la consistance ; les alcalis la transforment en savon mou.

Le travail de MM. Boutron-Charlard et Robiquet, sur les amandes douces, nous a servi de point de départ dans nos recherches sur la composition des semences de citrouille ; nous avons trouvé celles-ci composées : d'huile fixe ; — d'un principe aromatique ; — de parenchyme ; — de chlorophylle ; — de sucre ; — d'émulsine ; — de gomme, — d'un acide que nous proposons d'appeler *acide citrullique*, jusqu'à ce que sa nature soit bien déterminée. Cet acide est soluble dans l'eau et dans l'alcool ; on le retire du tourteau lorsque toute l'huile en a été extraite.

La graine de citrouille est physiquement composée de trois parties d'une membrane foliacée d'une extrême finesse ; elle se détache par la dessiccation d'un péricarpe ou enveloppe ligneuse qui renferme le fruit.

L'enveloppe foliacée, traitée par l'eau, l'alcool et l'éther, est restée insoluble ; l'eau bouillante y dissout une matière mucilagineuse.

Le péricarpe a donné aux réactifs une matière qui a de l'analogie avec une résine, du mucilage, de la chlorophylle, de la gomme, des traces d'amidon, du ligneux.

50 grammes de fruits mondés de leurs péricarpes, épuisés par l'éther sulfurique, ont fourni 15 grammes d'huile.

Un naturaliste attaché au Jardin botanique de Paris, et dont la modestie est aussi grande que le savoir, M. Charles Naudin, a en-

trepris la monographie de la grande famille des *pepo*. Son travail un jour permettra de rechercher si tous les fruits des cucurbitacées jouissent de propriétés ténifuges. En attendant, nous conseillons aux médecins de prescrire exclusivement l'amande du *pepo maxima*, semence de la citrouille des maraîchers. STANISLAS MARTIN.

Remarques sur la variété de composition de la poudre de craie composée (*hydrargyrum cum cretâ*).

La poudre de craie composée, ou poudre grise de la pharmacopée anglaise, est employée journellement par nos confrères d'outre-Manche, à la dose de 5 à 10 centigrammes, pour combattre la diarrhée des enfants. La mention que nous avons faite des bons effets de ce médicament, et surtout l'enseignement clinique de M. le professeur Trousseau, ayant vulgarisé en France la poudre de craie composée, nous croyons devoir reproduire les remarques que M. Redwood vient de présenter sur la variété de composition de ce médicament.

On l'a jusqu'ici considéré comme un mélange de craie, de mercure métallique parfaitement éteint et d'un peu d'oxyde noir de mercure; mais jamais, selon M. Redwood, on n'a estimé à plus d'une fraction de centième la quantité d'oxyde qu'il renferme, et l'on ne s'en préoccupait guère, car le protoxyde est considéré comme peu dangereux. Cependant on a souvent discuté pour savoir si l'action de la poudre résidait dans l'oxyde de mercure ou dans le mercure éteint.

M. Redwood, ayant vu dans plusieurs cas la poudre grise préparée par la trituration à la vapeur produire des effets très-énergiques, pensa qu'elle contenait plus d'oxyde que celle qui était préparée par l'ancien procédé. Pour s'en assurer, il traita le mélange par l'acide acétique à une température assez élevée, filtra et obtint d'abondants cristaux d'acétate de mercure. Après avoir ainsi enlevé le protoxyde, il traita par l'acide chlorhydrique, qui démontra la présence de grandes quantités de bichlorure de mercure. Ceci expliquait parfaitement l'énergie du médicament ainsi préparé. Il était donc évident que la poudre grise du commerce n'avait pas une composition constante. Les raisons en étaient faciles à comprendre : 1° l'élève qui triture dans un mortier s'arrête dès que le mercure est éteint, tandis que la vapeur n'est jamais fatiguée; 2° le contact de l'air est bien plus complet par l'agitation à la vapeur.

Voici un tableau qui établit clairement ce que nous venons d'exposer. Sur 100 parties de poudre grise, on a trouvé :

	Hg	HgO	HgO^2
N° 1..............	37,1	0,4	Traces.
N° 2..............	32,5	3,74	1,45
N° 3..............	27,9	4,99	5,18
N° 4..............	20,4	13,1	4,86
N° 5..............	21,7	7,9	8,85
N° 6..............	13,1	11,64	14,25

Le numéro 1 avait été préparé par trituration dans un mortier. On comprend quelle énorme différence existe entre le numéro 1 et le numéro 6, et quels inconvénients pourraient en résulter.

La poudre de craie composée fournie par les officines françaises, étant préparée par la trituration dans un mortier, est toujours la même. Comme le nouveau traité de commerce avec l'Angleterre permet l'entrée des médicaments fabriqués dans cette contrée, il importe d'éclairer les pharmaciens de notre pays sur les dangers que signale M. Redwood.

Lavement contre les névralgies lombo-abdominales.

Dans ces névralgies, quelquefois si tenaces, la Gazette médicale de Lyon dit que la formule suivante a été employée très-souvent avec succès :

Eau..................................	200 grammes.
Poudre de valériane......................	4 grammes.
Poudre de feuilles d'oranger..............	4 grammes.

Garder ce lavement le plus longtemps possible.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Inoculation hypodermique par enchevillement des substances actives telles que le sulfate d'atropine, le chlorhydrate de morphine, le sulfate de strychnine, dans le traitement des névralgies, des paralysies partielles, etc.

Il y a longues années déjà, j'ai présenté à l'Académie de médecine, sur un mode d'inoculation des substances médicamenteuses actives, un mémoire qui mérita la distinction d'un rapport très-favorable de Martin-Solon (Bulletin de l'Académie, t. I, p. 249), et qui reçut du corps médical un accueil empressé (voir Valleix, Guide du médecin praticien, t. IV, p. 313 et 332, troisième édition). Depuis cette époque, j'ai cherché à améliorer mon procédé en

diminuant le nombre des piqûres et en augmentant la dose des agents médicamenteux que je devais introduire sous le derme. Le procédé Pravaz est venu suggérer à quelques confrères anglais l'idée de se servir de cet instrument, pour porter des solutions médicamenteuses sous l'enveloppe cutanée. Dès que j'ai vu ces nouvelles tentatives se produire, afin de ne pas diviser les expérimentateurs, je me suis tu sur les améliorations que j'avais apportées à ma méthode. La publication du mémoire de M. Béhier (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LVII, p. 49) est venue me confirmer dans ma résolution, car ce mémoire devait multiplier les essais, et il a eu ce résultat. Aujourd'hui que la lumière me semble devoir être faite sur la valeur pratique de la méthode de Wood, je crois devoir rompre le silence, car le progrès n'est pas aussi complet que ses fauteurs l'ont espéré.

La simplicité d'une méthode est la consécration de son efficacité. L'appareil Pravaz remplit-il cette condition? Il s'en faut : il est d'un prix élevé; il se détériore facilement; son application est minutieuse et délicate; son exactitude mathématique cesse souvent d'être une vérité, si le liquide qu'il contient est devenu visqueux, par son frottement contre les parois trop graissées du corps de pompe. Par toutes ces raisons, cet instrument ne se trouve qu'entre les mains de quelques médecins; il n'est pas entré dans le domaine de la pratique courante; la clientèle ordinaire des villes et des campagnes, je veux dire la clientèle principale, parce qu'elle est la plus étendue, n'en a pas encore bénéficié et n'en bénéficiera assurément jamais. J'ai voulu obvier à ce défaut primordial et doter la thérapeutique d'une arme qui fût à la fois efficace, facile à manier, et d'un prix si modique qu'il ne fût pas possible de le mettre en question. Je crois avoir réussi au delà de mes souhaits. J'entre en matière.

Mes pièces d'appareil sont uniquement une modeste aiguille de bas et un cylindre médicamenteux de sulfate d'atropine ou de chlorhydrate de morphine, etc., d'un calibre inférieur à cette aiguille.

1° L'aiguille de bas doit être en acier et choisie parmi les plus petites de toutes. Je fais, par le premier coutelier venu, disposer l'une des deux extrémités de l'aiguille en une pointe très-acérée, soit à quatre pans tranchants, comme un trocart en forme de dard allongé, soit aplatie et à bords latéraux tranchants, disposée comme un fer de lance et imitant, la courbure exceptée, car elle reste droite, l'aiguille à cataracte de Scarpa pour la *scleroticonyxis*, dont la figure est représentée dans le tome III, p. 191, troisième édition du

Traité de pathologie externe de Vidal (de Cassis). Ordinairement je donne la préférence à la forme en fer de lance.

2° Le cylindre médicamenteux doit être dur, résistant jusqu'à mériter le nom de *cheville*, très-soluble dans l'eau, et d'un diamètre un peu moins considérable que celui de l'aiguille dont j'ai donné plus haut la description. Voici la composition des cylindres de sulfate d'atropine :

D'une part :

Pr. Gomme arabique en poudre... } ãã Q. S.
Eau distillée................ }

pour faire un mucilage épais.

D'autre part :

Pr. Sulfate d'atropine....................	5 centigrammes.
Mucilage précédent.................	1 à 2 centigrammes(1)

Mêlez très-exactement et ajoutez :

Sucre impalpable..................	4 centigrammes.

pour former une masse de consistance pilulaire ; roulez cette masse en un cylindre de 12 centimètres et demi de long, moins gros que l'aiguille déjà décrite ; puis divisez ce cylindre en petites portions ou fragments de 50 millimètres de long chacun, et faites sécher à une douce chaleur.

Si on a opéré exactement comme il vient d'être dit, on obtient 25 petits cylindres (ou chevilles) qui contiennent chacun 2 milligrammes de sulfate d'atropine. On ne saurait mieux se représenter ces cylindres qu'en les comparant à des fragments très-minces mais égaux de vermicel non cuit ; ils sont durs et assez résistants pour être bien maniés entre les doigts ; très-solubles dans l'eau froide, ils le sont encore davantage si l'eau est élevée à la température du corps humain.

Pour le chlorhydrate de morphine, le sulfate de strychnine, la vératrine, la digitaline, l'aconitine, la delphine, etc., la formule est exactement la même que celle que nous venons d'exposer pour le sulfate d'atropine, en ayant soin toutefois d'augmenter les doses du sucre et de la gomme proportionnellement à la quantité des sels précités que l'on veut introduire dans chaque cylindre.

En dernière analyse, nos cylindres médicamenteux ne sont autres que des granules médicamenteux allongés.

---

(1) Moins on fera entrer de mucilage dans la composition des cylindres, plus on accroîtra l'activité de leur solution dans l'eau.

Ces diverses formules, dont l'idée mère m'appartient quant au volume et à la longueur à donner aux cylindres, à leur dureté et à leur solubilité, a été parfaitement comprise et habilement fécondée, en y ajoutant les proportions convenables de gomme arabique et de sucre, par M. Prosper Barade, qui dirige la pharmacie de Saint-Emilion, et qui a montré ici une fois de plus un rare talent de manipulation; je devais à ce jeune praticien cette juste rémunération d'éloges pour le zèle et l'intelligence qu'il a mis à me seconder.

J'aborde maintenant la partie chirurgicale de ce travail.

Une partie du corps étant donnée, siége d'une névralgie, par exemple, voici la manière d'opérer : les téguments qui recouvrent le point principal douloureux étant convenablement tendus entre l'index et le pouce de la main gauche, on tient de la main droite l'aiguille de bas, aiguisée en fer de lance, comme une lancette quand on vaccine, c'est-à-dire obliquement par rapport à la peau; on ponctionne le derme rapidement sur le point douloureux, et on pousse la pointe de l'instrument jusqu'à 60 ou 70 millimètres de profondeur sous l'enveloppe cutanée, en suivant la face interne de celle-ci. Cette ponction étant terminée et l'aiguille retirée, on introduit à l'instant même dans la plaie, véritable sillon ou galerie, un cylindre de sulfate d'atropine, par exemple, comme on ferait d'une cheville, soit à l'aide du doigt, soit à l'aide d'une pince. Puis, quand, en l'enfonçant, le cylindre, toujours moins volumineux que l'instrument perforant, a disparu en totalité dans le sillon de la plaie, on l'y retient en place avec un corps adhésif à l'aide duquel on bouche l'ouverture externe de cette plaie. Du collodion préparé, du taffetas gommé, un pain à cacheter en gomme ou en fécule, une pellicule fraîche d'œuf cru, un fragment de papier gommé d'un timbre-poste suffisent à cet effet. Le cylindre médicamenteux se trouve ainsi emprisonné. Bientôt il est soumis à l'action des fluides séreux du sang des capillaires et de la chaleur interstitielle; il entre en dissolution, les vaisseaux absorbants s'en emparent; les nerfs, siége de la névralgie, en sont impressionnés, et en moins d'un quart d'heure s'observent les phénomènes locaux de sédation, et plus tard des symptômes généraux, si la dose du médicament a été un peu exagérée; en un mot, on retrouve ici toutes les actions physiologiques et tous les effets curatifs du produit pharmaceutique, absolument comme quand on a agi ou opéré avec la seringue Pravaz, chargée d'une solution titrée de sulfate d'atropine. La douleur de la ponction est aussi légère, l'écoulement de sang aussi restreint, les conséquences de l'opération aussi insignifiantes avec notre aiguille

qu'avec l'appareil Pravaz. Même sûreté et même précision de dose entraînent nécessairement les mêmes corollaires de curation. Tandis que le procédé Pravaz nécessite l'intervention d'un instrument dont nous avons signalé les complications, le nôtre se distingue et se recommande par son excessive simplicité. Quand la simplicité se joint à la sûreté d'exécution, on a positivement réuni les conditions qui constituent le véritable progrès. Mais la clinique a déjà plantureusement sanctionné entre mes mains les prévisions de la logique.

Il va sans dire que si la névralgie occupe tout le trajet d'un grand nerf, celui du nerf sciatique, par exemple, il ne faut pas se borner ordinairement à une seule ponction dans la même séance; mais qu'il devient souvent utile de multiplier les ponctions en raison directe de l'intensité de la douleur sur la continuité du trajet du nerf, là principalement où s'observent ce que Valleix nous a si bien fait connaître sous le nom de *point douloureux* des névralgies. Cependant, on ne doit jamais perdre de vue l'énergie toxique du sulfate d'atropine, et oublier qu'à la dose de 4 milligrammes ce sel provoque des accidents sérieux (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LVII, p. 60) qu'il est sage d'éviter. Mais alors on peut fragmentor un do nos cylindres de sulfato d'atropine qui contient 2 milligrammes de ce sel, et le diviser en autant de parcelles qu'il a été pratiqué de piqûres. Au reste, c'est là un détail manuel que la sagacité du praticien saura vite apprécier et modifier selon la circonstance.

(*La fin au prochain numéro*).

Dr G.-V. Lafargue,
à Saint-Emilion.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par M. G. Bernutz, médecin de la Pitié, et M. E. Goupil, médecin du Bureau central.

L'ouvrage dont MM. Bernutz et Goupil viennent de publier le premier volume n'est pas un traité dogmatique des maladies des femmes, mais bien une collection de monographies ayant trait aux points principaux qui ont fait l'objet des recherches des deux auteurs et de M. Bernutz en particulier. A ce titre, la publication de ce livre était attendue avec une certaine impatience; car par les mémoires qu'il a insérés dans les journaux, M. Bernutz a pris en gynécologie une position qui, pour être un peu entachée d'origi-

nalité, n'en est pas moins celle d'un observateur très-sérieux, très-patient et très-rigoureux. On était donc généralement désireux de voir présentées dans tous leurs développements et de pouvoir enfin soumettre à un examen attentif des opinions qui s'éloignaient autant des idées généralement reçues. Cette fois les amis et les adversaires de M. Bernutz seront servis à souhait; car ces opinions y sont présentées avec un luxe de preuves et de démonstrations que nous ne pouvons pas nous empêcher de trouver un peu excessif et qui nuira peut-être à leur succès même.

Le premier volume de l'ouvrage de MM. Bernutz et Goupil pourrait être intitulé : *Histoire des hémorrhagies intra-pelviennes, ayant leur point de départ dans le système utérin.* En effet, bien que le premier mémoire soit consacré à l'étude des accidents produits par la rétention du flux menstruel, il n'est par le fait pas autre chose qu'une sorte d'introduction à l'*Histoire des hématocèles,* qui fait l'objet du deuxième mémoire, et le troisième mémoire ne fait que compléter le deuxième, en traçant la description des hémorrhagies intra-pelviennes qui surviennent dans les grossesses extra-utérines.

M. Bernutz, on le sait, et les attaques ne lui ont pas manqué à cet égard, est l'auteur d'une théorie de la formation des hématocèles, qui explique la production de ces hémorrhagies par l'accumulation du sang dans l'utérus ou dans les trompes, et par son reflux dans le péritoine. C'est un devoir très-agréable pour nous de déclarer immédiatement que c'est bien à tort qu'on a attribué à M. Bernutz l'idée d'expliquer la production de toutes les hématocèles par un mécanisme de ce genre. M. Bernutz est au contraire très-explicite : rapprochant d'une manière très-ingénieuse les hématocèles qui se produisent chez la femme de celles qui ont lieu chez l'homme dans la tunique vaginale, il les distingue en deux classes : 1° celles qui sont analogues à ce que l'on observe dans le sexe masculin et dont il distingue deux espèces, la première dans laquelle l'épanchement sanguin est le résultat de la rupture d'un varicocèle utéro-ovarien ; la deuxième dans laquelle l'épanchement est le fait d'une exhalation sanguine de la tunique vaginale, qui mériterait à cette espèce le nom de *pelvi-péritonite hémorrhagique;* 2° les hématocèles qu'on peut appeler, par abréviation, *féminines,* pour indiquer qu'elles sont exclusivement propres au sexe féminin, subdivisées elles-mêmes en trois espèces : l'une, dans laquelle l'épanchement sanguin est symptomatique d'une affection de la trompe ou de l'ovaire qui amène la rupture de l'un ou de l'autre de ces organes et l'ir-

ruption du sang dans la cavité pulvienne; l'autre, dans laquelle l'épanchement sanguin est le fait d'un vice de l'excrétion; la troisième, enfin, dans laquelle l'épanchement sanguin est le fait de l'exhalation sanguine qui est dévolue aux organes génitaux féminins, et résulte d'un flux pathologique, tantôt généralisé à tous les organes génitaux, tantôt, au contraire, limité à un certain nombre d'entre eux seulement.

Nous nous plaisons à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans cette systématisation des hématocèles; mais sans parler des circonstances particulières qui, favorisant la coagulation du sang, transforment ou non un épanchement de sang en une véritable hématocèle, MM. Bernutz et Goupil n'ont-ils pas encouru aujourd'hui un reproche très-différent de celui qu'on pouvait leur adresser autrefois? n'ont-ils pas créé sans utilité des espèces dont rien ne justifie l'existence? Sur quoi appuient-ils, par exemple, leurs prétendues pelvi-péritonites hémorrhagiques? Sont-ils bien sûrs de l'existence de leur dernière espèce d'hématocèle, celle dans laquelle l'hématocèle est le résultat d'une erreur de lieu du flux métrorrhagique? Hélas! après avoir lu les nombreuses et malheureusement trop longues observations qu'ils ont rapportées à l'appui de leur opinion, nous conservons encore nos doutes et notre défiance. Mais même, ces hématocèles auxquelles M. Bernutz a attaché surtout une grande importance, celles dans lesquelles il y aurait reflux du sang dans le petit bassin, par le fait d'un obstacle au cours des règles, d'une rétention du flux menstruel, les auteurs en ont-ils donné ce que nous appellerions une démonstration irréfragable? Hélas! pas davantage : ils ont multiplié les observations outre mesure, ils ont accumulé une masse de probabilités dont nous ne voulons nullement affaiblir la valeur; mais enfin ce sont des probabilités voisines de la certitude, ce n'est pas encore la certitude. Oui, sans doute (et ce fait a été surabondamment mis hors de doute par le travail de MM. Bernutz et Goupil), des causes très-nombreuses, moins nombreuses pourtant que ne le pensent les deux auteurs, — car nous n'admettrons jamais qu'une rétraction spasmodique du col utérin, par exemple, puisse avoir une pareille influence,— peuvent amener l'accumulation du sang dans l'utérus et dans les trompes, ou dans les trompes seulement, et devenir le point de départ d'accidents très-graves, de la formation d'hématocèles en particulier. Mais que ces hématocèles soient le résultat du simple reflux du sang dans la cavité pelvienne, voilà précisément ce qui ne nous est nullement démontré, bien que nous ne répu-

gnions nullement à l'admettre théoriquement et d'une manière tout à fait exceptionnelle.

En faisant ainsi nos réserves au sujet de démonstrations que d'autres trouveront peut-être excessives et que nous trouvons au contraire pour notre part insuffisantes, nous avons plutôt l'intention de sauver ce qu'on peut appeler les principes, que de jeter de la défaveur sur un livre qui est certainement une œuvre de longue haleine, et qui a dû coûter à ses auteurs des recherches énormes et un travail considérable. Nous nous plaisons à le dire : la question des hématocèles a fait un grand pas avec le livre de MM. Bernutz et Goupil ; elle s'est simplifiée et s'est réduite à ce qu'elle est, une question de détermination nosologique de l'hémorrhagie qui lui a donné naissance. Non, l'hématocèle n'est pas une maladie ; non, la tumeur hématique, vestige de l'hémorrhagie, isolée de la cause pathologique qui l'a produite, n'a pas droit à la qualification de *maladie*, et dès lors c'est l'état morbide qui tient l'hémorrhagie sous sa dépendance qui doit être l'objet principal des recherches et de l'étude des médecins ; c'est cet état morbide également qu'il s'agit de combattre pour éviter la production des mêmes accidents à une époque plus ou moins rapprochée. MM. Bernutz et Goupil n'auraient fait que mettre en lumière cette proposition, qu'ils auraient rendu déjà un véritable service à la science ; mais leur livre n'est pas seulement un livre de nosologie et de pathologie, c'est aussi un livre de pratique, et nous ne saurions trop recommander aux médecins la partie thérapeutique de cet ouvrage. La discussion dans laquelle M. Bernutz examine les opérations proposées pour remédier à l'atrésie congénitale de la vulve et du vagin, les préceptes de conduite qu'il trace, l'intéressante relation du fait dans lequel il a marché sur les traces d'Amussat sont des choses excellentes, et nous pouvons en dire autant des considérations thérapeutiques dont les auteurs ont fait suivre l'histoire de chacune des espèces d'hématocèles. En résumé, le livre de MM. Bernutz et Goupil est un livre très-remarquable et qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui ont à traiter des malades, comme par ceux qui voudront seulement se rendre compte de ce qu'il y a au fond de cette question ténébreuse des hématocèles. Nous souhaitons aux deux auteurs de n'être pas moins heureux dans leur deuxième volume, qui doit comprendre l'histoire de toutes les espèces et variétés de la pelvi-péritonite proprement dite et celle des déviations utérines.

De la valeur de l'opium a haute dose et des inhalations de chloroforme dans le traitement du tétanos spontané. — On sait les tentatives expérimentales qui ont été faites dans ces derniers temps pour faire progresser le traitement, malheureusement trop souvent inefficace, du tétanos. Ces tentatives auraient cependant des conséquences bien fâcheuses si elles faisaient penser au médecin que la thérapeutique est entièrement désarmée contre cette terrible maladie. Ce que l'on peut dire aujourd'hui, c'est que l'opium reste encore le moyen le plus efficace, celui dans l'emploi duquel on peut persister le plus longtemps et avec le plus de confiance. Les deux observations suivantes, recueillies dans le service de M. le professeur Grisolle, ne laissent certainement aucun doute à nos lecteurs sur ce point; et la première présente encore cette particularité, qu'elle montre combien l'opium l'emporte sur les inhalations de chloroforme, auxquelles on serait tenté tout d'abord de supposer une remarquable efficacité. Le fait est cependant que si les inhalations de chloroforme suspendent momentanément les accidents de tétanos, elles ne parviennent pas à les faire disparaître d'une manière définitive, et, avec l'élimination du chloroforme, la maladie reprend ses caractères primitifs et sa marche continue.

Obs. I. *Tétanos spontané. — Emploi infructueux du chloroforme pendant quatre jours et accidents très-graves suivant cet emploi. — Administration de l'opium à haute dose. — Guérison en huit jours.* — M*** (Alexandre), ouvrier tabletier, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 janvier (salle Sainte-Jeanne, nº 47); âgé de trente-quatre ans, tempérament bilioso-nerveux, constitution moyenne, pas de maladie grave antérieure; conditions hygiéniques satisfaisantes, à part une habitation humide; mère très-nerveuse, mais n'ayant jamais eu aucune névrose convulsive ou douloureuse.

Quelque temps avant d'entrer à l'hôpital, M*** avait eu une inflammation de l'index droit: l'inflammation s'était terminée par suppuration, et, le 12 janvier, la guérison était complète, la plaie cicatrisée. Il se disposait à reprendre son travail, lorsqu'il fut entraîné à faire des excès de boisson. Ce jour-là, depuis huit heures du matin jusqu'à minuit, il but six bouteilles de vin vieux et prit huit demi-tasses de café avec de l'eau-de-vie. Rentré chez lui, il se mit au lit, mais il passa la nuit sans repos, en proie à un sommeil agité. Le matin, il se leva avec la tête lourde, avec une céphalalgie

intense. Dans la journée, gêne douloureuse dans la région thoracique antérieure; le soir, il avait déjà de la peine à ouvrir la bouche, les mâchoires étaient serrées l'une contre l'autre. Le lendemain, les symptômes précédents continuaient et allaient en augmentant. Le 17 janvier, constriction spasmodique des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, roideur dans le cou, gêne douloureuse du thorax, difficulté des mouvements respiratoires, douleur entre les épaules, sensation générale de chaleur. Les jours suivants, la douleur interscapulaire descendit et se fixa à la région lombaire et dans le ventre, dont les parois devinrent dures et tendues. Le malade, qui avait mangé jusque-là, et dont les fonctions digestives s'exécutaient convenablement, perdit l'appétit, les selles se supprimèrent, et l'excrétion des gaz par l'anus, ainsi que celle des urines, devint douloureuse. Du 18 au 21, jour de son entrée, les symptômes furent les mêmes; seulement, ils allèrent toujours en augmentant.

Le 22 janvier, décubitus dorsal, face pâle, mâchoires rapprochées, serrées, commissures des lèvres tirées vers les oreilles, paupières presque fermées, cou tendu, tête renversée en arrière, douleurs le long du rachis, dans les lombes, dans les côtés de la poitrine et dans le bas-ventre. La contraction des muscles est continue, mais avec paroxysmes fréquents. Intelligence nette. Pas de céphalalgie; constipation; urines rouges, rendues difficilement et avec douleur; peau chaude; 112 pulsations assez fortes; langue blanche.

Le 23, même état. 120 pulsations; peau chaude et moite. (Inhalations de chloroforme, deux fois dans la journée, jusqu'à résolution complète; ventouses scarifiées sur le rachis; cataplasmes sur le ventre; lavements; diète.)

Le 24, après chaque chloroformisation, la convulsion tétanique a disparu et cet état a persisté quelque temps après le sommeil anésthésique, trois quarts d'heure environ, puis a reparu peu à peu graduellement et assez rapidement. L'état convulsif des muscles est peut-être moins intense. (Même prescription.)

Le 25, mêmes effets de l'agent anésthésique, même retour de l'état tétanique. Les membres inférieurs sont le siége de quelques douleurs, de crampes peu intenses. (Inhalations, purgatif.)

Le 26, mêmes effets du chloroforme : il est survenu une convulsion tétanique des membres inférieurs. Le malade peut être soulevé tout d'une pièce; il forme une tige droite et rigide de la tête aux pieds; 84 pulsations. Administration du chloroforme pendant la visite, sous les yeux de M. Grisolle; c'est la sixième fois que le malade est chloroformisé, et, jusque-là, les inhalations n'avaient

rien présenté de remarquable ; mais, cette fois, l'inhalation d'abord fut régulière ; le malade était à la période d'excitation, le pouls était ample et régulier, lorsque tout à coup les pulsations cessent brusquement d'être senties, sans être précédées d'un ralentissement ou d'une irrégularité ; les traits s'altèrent profondément ; trois ou quatre petites inspirations ont encore lieu, puis tout signe de vie disparaît complétement. M. Grisolle, sans perdre une minute, pratique la respiration artificielle ; au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires se rétablissent, faibles et irréguliers d'abord, puis plus amples et plus réguliers ; le pouls reparaît faible et précipité, puis il s'élargit graduellement, en perdant de sa fréquence. Le malade ouvre les yeux et semble sortir d'un profond sommeil ; un quart d'heure après, il répond aux questions qui lui sont faites, dit se trouver bien et n'a pas conscience du péril qu'il a couru. (Gomme sucrée, cataplasmes.)

Le 27, la résolution obtenue par le chloroforme n'a pas persisté plus longtemps que les jours précédents ; intelligence nette ; 84 pulsations. (Extrait aqueux thébaïque, 5 centigrammes toutes les heures.)

Le 28, 40 centigrammes d'opium ont été pris dans la journée précédente. 104 pulsations larges, peau chaude, couverte d'une moiteur abondante. Amélioration notable des symptômes convulsifs ; moins de trismus ; rigidité du cou et du tronc moins prononcée ; membres inférieurs plus libres ; parole plus facile. (Même prescription.)

Le 29, 45 centigrammes d'opium ont été pris : l'amélioration continue et s'accroît ; le malade peut mouvoir assez facilement son cou, s'asseoir sur son lit ; mais le tronc, dans cette position, reste renversé en arrière ; pouls à 88 ; peau moite ; peu d'appétit. (Même traitement.)

Le 31, même état ; cependant les douleurs semblent un peu plus intenses que la veille dans les membres convulsés. (Opium, 50 centigrammes ; eau vineuse ; cataplasmes ; bouillons.)

Le 2 février, pouls à 92, souple ; l'amélioration continue ; membres et cou libres ; la contraction du tronc, des lombes, du bas-ventre persiste, mais à un degré moins considérable ; les urines coulent plus facilement ; appétit. (Opium, 50 centigrammes ; même régime.)

Le 3, les symptômes continuent à s'améliorer ; le malade peut se mettre à genoux sur son lit, avec quelque difficulté, il est vrai. (Même traitement. Une portion.)

Le 7, l'amélioration continue; constipation. (Extrait thébaïque, 50 centigrammes; lavement au sulfate de soude, 15 grammes; bains; cataplasmes. Deux portions.)

Le 9, le malade a pu marcher hier; face naturelle; paupières plus écartées; pupilles un peu contractées, peu mobiles; cou libre entièrement; encore un peu de rigidité dans la partie postérieure du tronc, dans les muscles pectoraux; contraction dans les côtés du thorax; tension dans les muscles abdominaux. (Tisane commune; eau vineuse; suppression de l'opium; lavement avec 45 grammes de miel de mercuriale; bains de vapeur; cataplasmes. Trois portions.)

Les jours suivants, l'état du malade continue à s'améliorer, quoiqu'il reste encore quelque chose de la convulsion qui roidit les muscles du tronc et des secousses douloureuses dans les côtés du thorax, dans les lombes et dans le bas-ventre. Il se lève, se promène, reprend graduellement des forces. Il continue à prendre des bains de vapeur; on le frictionne le long de la colonne vertébrale avec le baume de Fioraventi. Il mange quatre portions.

Le 25, l'état de M*** s'est toujours amélioré; il ne lui reste qu'un peu de gêne et une constriction très-légère à la base de la poitrine, latéralement.

Il sort le 26 février.

Obs. II. *Tétanos spontané. — Administration de l'opium à dose croissante. — Guérison.* — Une femme de vingt-sept ans, Sophie G***, gantière, entre le 27 mai dans le service de M. Grisolle, salle Saint-Roch, n° 12. Cette femme, grande, bien constituée, toujours bien portante, n'ayant jamais eu d'affection grave ni de maladie nerveuse, porte néanmoins plus que son âge. Le 20 mai, dans la journée, sans cause connue, elle commença à éprouver dans la mâchoire des douleurs et de la roideur, qui la gênaient pour bâiller. Le lendemain, 21 mai, elle alla néanmoins à une noce; mais elle ne put manger qu'avec la plus grande difficulté, et le soir, au bal, elle ne put achever un quadrille qu'elle avait commencé. Son cou prenait déjà de la roideur; elle ne pouvait ni lever ni baisser la tête. Le 22 et le 23 mai, elle se leva et put encore vaquer aux soins de son ménage. Le 24, elle fut obligée de se recoucher. Un médecin prescrivit des frictions avec le baume nerval sur le cou, des sinapismes et une potion calmante après un purgatif. Le 25, on lui pratiqua une saignée; mais la roideur des mâchoires, du cou et de la partie supérieure du tronc faisait des progrès.

Le 25, elle entre à l'hôpital dans l'état suivant : trismus, altéra-

tion des traits et expression étrange de la physionomie; la malade peut néanmoins desserrer légèrement les dents et avaler; elle parle difficilement; roideur du cou; rigidité des muscles scalènes et cervicaux postérieurs; le cou ne peut être fléchi, mais peut se tourner à droite et à gauche; les muscles sterno-mastoïdiens sont relâchés. Les douleurs reviennent par crises très-pénibles et très-fréquentes; elles sont excitées par le moindre bruit. Les membres inférieurs sont intacts; on ne trouve nulle part de trace de blessure qui puisse expliquer l'apparition du tétanos. A la visite du soir, on prescrit : extrait thébaïque, 10 centigrammes, en quatre pilules; cataplasmes chauds autour du cou.

Le 28, même état; la roideur de la nuque a encore augmenté; le pouls est un peu plus fréquent que la veille et offre une irrégularité marquée; la face et surtout les lèvres sont légèrement cyanosées. Pas de toux ni de dyspnée. Rien au cœur ni dans les poumons. (Extrait d'opium, 20 centigrammes en pilules de 25 milligrammes.)

Le 29, pas de changement; le ventre est ballonné; constipation depuis le 24. (Lavement purgatif; extrait aqueux thébaïque, 30 centigrammes.)

Le 30, on prescrit de l'huile de ricin, qui est vomie en partie et ne provoque aucune selle. (Extrait d'opium, 40 centigrammes.)

Le 31, un lavement fortement purgatif détermine cinq selles copieuses; la malade éprouve, pour la première fois, de la roideur et quelques douleurs dans les jambes; aucun signe de narcotisme. (Extrait d'opium, 45 centigrammes.)

Le 1er juin, la maladie fait de nouveaux progrès; la contraction a envahi les trapèzes et les pectoraux, qui sont durs et rigides; cependant il n'y a pas d'oppression. Les mâchoires sont moins serrées; mais l'opisthotonos du cou et de la partie supérieure du tronc est plus prononcé; les membres inférieurs sont également roides et douloureux. On élève rapidement la dose de l'extrait thébaïque; la malade en prend 1 gramme; elle se trouve soulagée.

Le 2, amélioration très-marquée : plus de crises douloureuses et souplesse plus grande; les membres inférieurs se meuvent en effet avec plus de facilité; l'opium a déterminé, depuis plusieurs jours déjà, des sueurs profuses suivies d'éruptions polymorphes à la peau (érythèmes, papules, vésicules, pustules), et qui s'accompagnent de démangeaisons très-vives; la malade profite de la liberté de ses bras pour se gratter constamment; soif ardente; un peu d'appétit. (Potages, lait, bouillons; la dose d'extrait est portée à 1gr,20.)

Le 3, l'amélioration continue; les crises douloureuses ne sont plus revenues; la physionomie redevient naturelle; mâchoires et cou sensiblement moins roides; muscles pectoraux et membres inférieurs revenus à leur souplesse normale. La malade est gaie, pleine d'espoir et demande instamment à manger; soif toujours très-vive, sommeil calme, sans rêves pénibles. (Opium, 1gr,25. Une portion d'aliments.)

Le 4, l'amélioration se maintient. Lavement purgatif pour combattre la constipation, mais sans résultat. (Extrait thébaïque, 1gr,20.)

Le 5, pas de changement : pour vaincre la constipation, on prescrit 2 gouttes d'huile de croton ; mais ce médicament provoque des vomissements extrêmement pénibles, qui mettent la malade en danger de mourir d'asphyxie, à cause de la difficulté qu'elle éprouve à ouvrir la bouche; malaise général qui dure toute la journée; cinq garde-robes copieuses; elle ne peut prendre que 20 centigrammes d'extrait thébaïque; par suite, le 6, elle a un peu de roideur dans les jambes. (Extrait thébaïque, 95 centigrammes.)

Le 7, elle se trouve beaucoup mieux le matin; les jambes sont encore redevenues souples; mais la mâchoire et le cou conservent de la roideur; appétit. Elle prend 1gr,15 d'extrait.

Le 8, 90 centigrammes. Les 9 et 10, 95 centigrammes. L'amélioration fait de rapides progrès.

Le 16, la dose d'opium est réduite à 5 centigrammes. La malade se lève et mange avec une très-grande facilité.

Le 20, la guérison est presque complète. L'opium est supprimé définitivement.

Le 25, la malade a repris la liberté de tous ses mouvements et sort de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant; la guérison ne s'est pas démentie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Albuminurie (*Sur l'amaurose considérée comme signe pronostique dans l'*). Si l'amaurose n'est pas, dans la néphrite albumineuse, un phénomène aussi constant qu'on l'a dit; si, surtout, elle n'a pas comme symptôme initial toute la valeur qui lui a été attribuée, il faut reconnaître néanmoins que diverses affections oculaires, divers troubles de la vision, surtout sous la forme amaurotique, se présentent assez fréquemment en concomitance dans l'albuminurie. Mais jusqu'ici on avait envisagé cet ordre de phénomènes exclusivement, ou presque exclusivement, au point de vue du diagnostic; on avait complétement, ou peu s'en faut, négligé de rechercher s'il avait quelque signification comme signe pronostique.

M. le docteur Th. Roche s'est occupé de cette question et a cherché à

l'élucider dans un mémoire communiqué par lui à la Société de médecine de Besançon. Il a recueilli, dans l'espace de sept ans, 15 observations qui peuvent se décomposer ainsi : 6 albuminuries aiguës (dont 5 idiopathiques), toutes guéries sans avoir présenté ni amaurose ni éclampsie; 1 albuminurie chronique, également guérie, sans amaurose ni éclampsie; 1 albuminurie aiguë, suivie de mort, sans amaurose ni éclampsie; 2 albuminuries aiguës, suivies de mort, avec amaurose et éclampsie; 3 albuminuries chroniques, suivies de mort, avec amaurose et éclampsie; 2 albuminuries chroniques, suivies de mort, avec amaurose, sans éclampsie. Or, on voit que, sur ces 15 cas, il y a eu 7 cas de guérison dans lesquels il n'a pas existé d'amaurose, tandis que, dans les 8 cas mortels, l'amaurose n'a manqué qu'une seule fois, se montrant ainsi, dans ces cas, plus fréquente que les troubles cérébraux (signe pronostique grave, comme on sait), lesquels, sur ces huit cas, ont manqué trois fois. De ses remarques, tout en reconnaissant la faiblesse relative du nombre des faits sur lesquels il appuie sa thèse, M. Roche croit pouvoir tirer les conclusions suivantes, qui nous paraissent mériter l'attention et sur lesquelles nous appelons le contrôle de l'observation clinique : 1° L'amaurose albuminurique est un phénomène dont la signification est nettement dessinée dans le pronostic de l'affection principale; 2° elle manque ordinairement dans les cas légers d'albuminurie; 3° elle existe ordinairement dans les cas bien caractérisés, s'accompagnant de symptômes graves, tels que l'œdème général et persistant, l'éclampsie, la marche chronique de l'affection, etc., et se terminant par la mort; 4° d'où l'amaurose est dans l'albuminurie un signe pronostique très-grave; 5° et elle serait peut-être plus fréquente que l'éclampsie dans les cas terminés par la mort. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, 1859.)

Anévrysme *inguinal guéri par l'emploi de la compression digitale.* Les exemples des bons effets de cette sorte de compression, dans des cas où les tumeurs anévrysmales occupent la racine des membres, ne sont pas encore assez nombreux pour que nous n'enregistrions pas toutes les observations de succès à mesure qu'elles se produisent. En voici une nouvelle publiée par le docteur Nichols. La tumeur, du volume d'un œuf d'oie, siégeait dans l'aine droite, au-dessus du ligament de Poupart. Le chirurgien étant parvenu à arrêter toute pulsation dans l'anévrysme, en appliquant le pouce sur le trajet de l'artère, demeura convaincu qu'avec des aides assez nombreux il arriverait à modérer l'ondée sanguine pendant un temps assez long pour provoquer la coagulation du sang contenu dans le sac et amènerait ainsi la guérison de la tumeur. Vingt-quatre élèves de bonne volonté s'étant présentés, on commença le traitement en comprimant l'artère au niveau de la base de l'anévrysme. On administra en même temps au malade de la morphine à doses croissantes, afin d'émousser sa sensibilité. Au bout de trente heures de ce traitement, toute pulsation avait disparu; et quoique, après quarante heures, la guérison parût certaine, on continua la compression jusqu'à la cinquante-quatrième heure. La dilatation anévrysmale revint peu à peu sur elle-même, de manière à ne présenter qu'une tumeur solide du volume d'une noix. Six mois après le malade fut revu; et, quoiqu'il se fût livré à de grands efforts musculaires, la guérison se maintenait. (*American med. Monthly*, novembre 1860.)

Calandre du riz (*Sur un accident produit par la*). Dans les usines où l'on opère la décortication du riz, les ouvriers sont exposés à une atmosphère dans laquelle voltige une poussière très-abondante, par suite des opérations nombreuses et compliquées auxquelles on soumet le riz brut, afin de débarrasser le grain des matières étrangères qui y sont mêlées, ainsi que des glumelles dans lesquelles il est étroitement enveloppé. Lorsqu'on travaille le riz sain, cette poussière ne présente pas de danger pour la santé de l'ouvrier ; mais il n'en est pas de même lorsqu'on opère sur du riz charançonné. Voici le fait qu'a rapporté à ce sujet M. de Brou, pharmacien à Louvain, dans une communication à l'Académie de médecine de Belgique.

Au commencement du mois de mai dernier, dit-il, des ouvriers occupés à décharger un bateau de riz non décortiqué furent atteints d'une tuméfaction et rougeur de la face, et d'une inflammation des yeux si intense, que plusieurs furent obligés d'interrompre leur travail au bout de quatre

heures; deux d'entre eux furent tellement incommodés qu'ils ne purent regagner leur domicile et furent dans l'impossibilité d'ouvrir les yeux pendant douze heures. Les applications de compresses imbibées d'eau de Goulard dissipèrent ces accidents, et les plus maltraités ne purent reprendre leur travail qu'au bout de trois jours... Les ouvriers étaient des hommes robustes, habitués à ce genre de travail, qui jusqu'à présent n'avait pas déterminé chez eux le moindre accident.

En examinant une petite balle du riz dont le déchargement avait produit cet accident, M. de Brou reconnut qu'il était recouvert de larves vivantes de la calandre du riz et de leurs dépouilles; et que le riz, en grande partie vermoulu, renfermait une quantité énorme de calandres de riz (*curculio oryzæ*) mortes et se réduisant en poudre par un léger frottement. M. de Brou s'assura, en outre, par des analyses chimiques (extraction par l'éther) et par quelques expériences, que la calandre du riz contient un principe susceptible de produire une assez vive rubéfaction de la peau. Il n'était par conséquent pas douteux que les accidents en question avaient été le résultat de l'action irritante exercée sur la face par la poussière des calandres et de leurs larves. Il serait donc de la plus haute importance, pour éviter le retour de pareils accidents, d'établir dans les usines où se fait cette opération une ventilation énergique. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1860.)

Coliques saturnines *survenues chez un ouvrier employé à la fabrication des boîtes de conserves de la marine.* Nous avons publié, il y a quelque temps, un cas d'empoisonnement saturnin chez un marchand de thé, qui passait une partie de ses journées à faire des sacs avec le plomb qui double les boîtes à thé. M. le docteur Berchon, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine navale, à Rochefort, vient de publier la relation d'un fait analogue, dans le but de signaler une cause à peu près semblable d'accidents morbides récemment constatée dans les ports, et de montrer combien on doit se tenir en garde contre les effets des préparations, où le plomb ne figure qu'en quantités même assez minimes. Voici ce fait.

M. Jean, âgé de trente-six ans, ferblantier au port, actuellement employé à l'atelier des boîtes de conserves de la marine, entre à l'hôpital de Rochefort le 20 décembre 1859, accusant de vives coliques accompagnées d'une constipation opiniâtre, et datant de quatre jours; il éprouve de fréquentes envies de vomir. Les matières rejetées sont bilieuses : il n'y a pas de fièvre. L'examen des gencives fait constater l'existence du liséré. Le malade ajoute qu'il éprouve les mêmes symptômes depuis deux ans, et qu'il a suivi un traitement dans le même service vers le mois d'octobre 1859. Il était alors, dans un des ateliers du port, principalement chargé de mastiquer les claires-voies des navires. Il raconte qu'il lui arrivait souvent de manger, les mains encore recouvertes de mastic au blanc de céruse. Il attribue la rechute qui l'a conduit de nouveau à l'hôpital, au contact de la soudure qu'il manie chaque jour dans son nouvel atelier, et au peu de précautions qu'il a pris jusqu'à ces derniers temps, de se laver les mains avant de prendre ses repas.

Le 21 décembre, les coliques sont très-vives; le malade se couche sur le ventre et se cramponne aux matelas de son lit; une pression légère, un simple attouchement exaspèrent à un haut degré la douleur. Les souffrances sont si vives que le sujet ne sait quelle attitude conserver : il se courbe parfois en deux, se promène à grands pas dans la salle, les mains fortement appliquées sur le ventre, et son agitation est extrême. Les extrémités sont froides: il n'y a d'ailleurs point de troubles du côté des organes de la locomotion, à l'exception de quelques douleurs brachiales vagues. Par contre, on note dans la journée des douleurs cardialgiques assez intenses. Il y a eu plusieurs vomissements, pas de selles. Ce malade a été mis à l'usage des préparations opiacées. (Julep opiacé et pilules d'extrait d'opium, 20 centigrammes en 12 pilules, à prendre de quart d'heure en quart d'heure le premier jour, et à intervalles graduellement éloignés les jours suivants.) Le 2 janvier, il est sorti de l'hôpital complètement guéri.

L'une des circonstances remarquables de ce fait, indépendamment des circonstances étiologiques qui le font particulièrement signaler ici, c'est le rétablissement des fonctions de l'intestin, alors que le malade était encore sous l'influence de l'opium, et dès que

la douleur a été maîtrisée par cet agent. (*Gaz. des hôpit.*, janvier 1861.)

Colique sèche *des pays chauds* (*Influence du plomb sur la production de la*). La similitude des symptômes dans la colique saturnine et dans la colique dite *végétale*, *nerveuse*, *sèche des pays chauds*, a conduit à poser la question de l'identité de ces deux affections, décrites séparément dans les nosologies. Les uns se sont demandé s'il n'existerait pas une névrose, une névralgie particulière, qui tantôt se produirait sous l'influence du plomb, tantôt sous l'influence de causes différentes non suffisamment connues; d'autres ont pensé que la colique saturnine et la colique végétale ne seraient qu'une seule et même affection toujours déterminée par l'absorption du plomb. Parmi ces derniers se range M. Lefèvre, qui appuie son opinion sur les considérations suivantes :

« La plupart des poteries communes, dit-il, sont couvertes en vernis plombifère, les eaux gazeuses contiennent presque toujours du plomb, les vinaigres sont presque toujours plombifères, les vins étrangers en contiennent parfois. Pour expliquer l'augmentation progressive des cas de colique sèche constatés récemment parmi les transportés de la Guyanne, je ferai observer que l'usage d'une vaisselle de fer-blanc à soudure plombifère est généralement répandu parmi ces malheureux, qui se servent de vieilles caisses d'endaubage pour façonner les vases qui leur servent de gobelets, d'assiettes, et où ils conservent leurs réserves d'aliments et de boissons. Je ferai remarquer encore que l'ignorance où sont de cette maladie les médecins anglais qui ont longtemps habité les contrées équatoriales est un des plus puissants arguments à opposer aux partisans de son individualité et de son endémicité dans les mêmes contrées. J'ajouterai que la fréquence et la gravité plus grande de la colique sèche dans les régions équatoriales témoignent en faveur de sa cause saturnine, puisque l'élévation de la chaleur et l'appauvrissement de la constitution, qui s'observent dans ces régions, sont des conditions favorables à ce mode d'empoisonnement lent ou chronique. »

M. Lefèvre ajoute : « Voilà, mon cher ami, disait Franklin dans une lettre, tout ce dont je me souviens sur ce sujet; vous verrez par là que mon opinion sur l'influence pernicieuse du plomb est déjà vieille de plus de soixante années. Comme moi, vous remarquerez avec chagrin quelle longueur de temps il faut pour qu'une vérité utile et bien établie soit généralement reçue et mise à profit. » Qu'aurait dit Franklin, s'il avait pu prévoir que cette vérité, qui lui semblait si claire en 1786, ne serait pas encore acceptée en 1860?

L'exemple d'intoxication saturnine rapporté ci-dessus, sans trancher la question de l'étiologie et de la nature de la colique des pays chauds, prête du moins quelque appui à la manière de voir de M. Lefèvre, en montrant quelles petites quantités de composés plombiques sont suffisantes pour impressionner l'organisme (*Académie des sciences*, 26 novembre 1860, et *Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1861.)

Corps étrangers dans l'œsophage. Les corps étrangers qui peuvent s'arrêter dans l'œsophage sont si nombreux, si divers, si différents les uns des autres, non-seulement en eux-mêmes et sous le rapport de leurs propriétés physiques, mais encore sous ceux du siége qu'ils occupent, de la direction qu'ils affectent, du degré de force avec lequel ils sont retenus dans le canal, que les préceptes généraux, quelque bien connus qu'ils soient du praticien, laissent souvent celui-ci dans le plus grand embarras quant aux indications à remplir et aux procédés à mettre en œuvre pour débarrasser les patients. Il faut alors, à supposer que la médication vomitive ne puisse être employée ou reste sans résultat, et avant de recourir à la ressource extrême de l'œsophagotomie, il faut que le chirurgien sache s'inspirer des circonstances particulières du cas pour imaginer le mode opératoire le plus convenable, heureux si sa sagacité l'a bien inspiré, si ses efforts sont couronnés par le succès. Ce bonheur est échu à l'un de nos confrères de Saint-Etienne dans le cas suivant, qui sera lu avec intérêt.

En novembre 1857, un laboureur, souffrant du mal de dents, se hâta d'avaler une bouchée volumineuse d'une viande coriace, un morceau de cœur de bœuf bouilli, sans l'avoir soumise suffisamment à une mastication devenue très-douloureuse. Le bol alimentaire s'arrêta dans l'orifice œsophagien, et ne put ni descendre dans l'estomac, ni être expulsé par la bouche, malgré tous les efforts du patient. Effrayé, celui-ci vint trouver M. le docteur Riembault qui, sentant au niveau du cartilage cricoïde et des pre-

miers anneaux de la trachée un corps dur, du volume d'un petit œuf de poule, et informé de sa nature, crut qu'il parviendrait à l'extraire au moyen d'une longue pince courbe; mais il ne put y parvenir, non plus qu'à pousser le corps étranger dans l'estomac, et il fallut, au bout de deux heures, laisser reposer le malade, qui d'ailleurs n'avait que peu de gêne de la respiration. Le lendemain, nouvelles tentatives encore suivies d'insuccès. Le troisième jour, ce malheureux n'avait pu prendre aucun aliment ni dormir depuis l'accident, et avait perdu énormément de salive; il avait maigri considérablement, ses yeux s'étaient excavés, sa voix s'était éteinte; il se déclarait prêt à tout endurer plutôt que de rester dans l'état où il était. M. Riembault prit alors une sonde en gomme élastique de très-gros calibre, et y introduisit un mandrin en fil de fer très-fort, auquel il donna la courbure nécessaire, et qu'il termina par une puignée transversale. Il tâcha d'introduire cette sonde entre la paroi latérale gauche de l'œsophage et le corps étranger, et parvint à se frayer avec beaucoup de peine et de temps un petit passage par une espèce de trituration de la partie sur laquelle il agissait, s'arrêtant de temps en temps pour laisser le malade respirer et cracher. Quand il eut ainsi creusé un espace assez profond pour engager le bout de la sonde, à l'aide du manche il communiqua un mouvement de bascule, de manière à agir par l'instrument comme par un levier, dont la résistance était le corps étranger, le point d'appui la paroi de l'œsophage soutenue par la main gauche, et dont la puissance était dans la main droite. Cette manœuvre réussit; il extirpa un morceau de viande gros comme un œuf de pigeon et qui sentait horriblement mauvais. Aussitôt le malade put avaler un peu d'eau; dans la journée, il prit quelque nourriture; le lendemain, il était guéri. (*Ann. de la Société de méd. de Saint-Étienne et de la Loire*, t. I, 3e partie, 1859.)

Dystocie *par rétention d'urine.* Il n'est pas de praticien qui ne sache que l'accumulation d'une grande quantité d'urine dans la vessie, au moment de l'accouchement, peut entraver le travail d'une manière fort sérieuse et devenir la cause de graves accidents; il n'en est point qui n'ait eu occasion d'observer des cas de ce genre. Ce n'est donc pas pour rappeler un fait aussi connu que nous consignons ici l'exemple qui va suivre, mais seulement pour montrer que, dans certains cas embarrassants, il est quelquefois possible de tirer parti des ressources les plus humbles et en apparence les moins faites pour procurer le succès.

Dans le cours de l'été dernier, le docteur Avrard, de la Rochelle, arrivant un soir à la campagne, fut appelé immédiatement auprès d'une pauvre primipare qui, en travail depuis cinquante-six heures, était dans une situation inquiétante, sans que la sage-femme qui l'assistait eût reconnu la cause de la dystocie. Cette cause n'était autre que la rétention de l'urine dans le réservoir vésical, lequel, considérablement distendu, formait à l'hypogastre une saillie qui semblait ajoutée à la partie antero-inférieure du globe utérin; la patiente n'avait pas uriné depuis trente-huit ou quarante heures. Le doigt introduit dans le vagin y trouvait une tumeur molle et, en la contournant, arrivait dans la concavité sacrée, sans rencontrer aucune partie fœtale. M. Avrard, venu à la campagne pour s'y reposer des fatigues professionnelles, n'était pas muni de sa trousse; et cependant il fallait, par un prompt cathétérisme, faire disparaître l'obstacle qui s'opposait à l'accouchement, et compromettait par suite la vie de la mère et de l'enfant. Ayant senti la partie inférieure de la vessie dans le vagin, il pensa que l'orifice interne de l'urètre, au lieu d'être tiré en haut, était plutôt poussé en bas et rapproché du méat, et que, s'il en était ainsi, il lui serait peut-être possible d'arriver jusqu'à l'urine au moyen d'un cure-dents en plume d'oie de 8 centimètres de long, qu'il avait sur lui. En effet, ayant introduit la plume par son extrémité médullaire à 6 centimètres de profondeur, l'urine sortit. Redoutant les accidents que peut déterminer une déplétion trop rapide, et que, l'obstacle levé, l'accouchement ne se fît trop brusquement et ne fût suivi d'inertie utérine et d'hémorrhagie, il ne vida la vessie qu'en deux fois, à vingt minutes d'intervalle. Dès le premier cathétérisme, les douleurs se réveillèrent, et, une demi-heure après le second, l'accouchement se termina de la manière la plus heureuse. (*Bull. de la Soc. de méd. de Poitiers*, n° 28, 1860.)

Empoisonnement *par l'huile de croton tiglium (Nouvelle observation d')*. Les cas d'empoisonnement

par l'huile de croton sont rares; il n'en existe que deux observés en Angleterre, et encore, dans le premier, l'huile de croton était associée à l'essence de térébenthine et à l'huile camphrée. La symptomatologie de l'intoxication par l'huile de croton est donc loin d'être tracée. A ce titre, nous croyons devoir reproduire le fait suivant :

M. J***, chimiste, âgé de quarante-trois ans, prit, le 28 janvier 1860, par méprise, croyant avoir affaire à de l'huile de foie de morue, environ une demi-once d'huile de croton-tiglium plus ou moins impure. Il ressentit aussitôt une sensation de brûlure dans le gosier et l'estomac; bientôt après il eut des vomissements suivis d'évacuations alvines tellement abondantes que leur nombre, au rapport du malade, s'élevait à environ une centaine. Les vomissements furent entretenus par l'ingestion d'huile de foie de morue et de lait tiède. Transporté à l'hôpital général de Prague, le malade présenta les symptômes suivants : peau froide, face, mains et doigts des pieds légèrement cyanosés, pupilles également dilatées, sens externes intacts, sensibilité cutanée normale, sensation de froid perçue par le patient, faiblesse et abattement très-prononcés. Paroi postérieure de l'arrière-bouche un peu rouge, langue modérément chargée, pouls petit, faible; respiration pénible et ralentie (douze inspirations par minute), pulsations cardiaques affaiblies, mais d'un rhythme normal. Ventre légèrement ballonné et sensible à la pression; la percussion y fait constater la présence de liquides. Plus de vomissements; persistance de la diarrhée. — Prescription : émulsion huileuse à l'eau de laurier-cerise; lait et lait d'amandes pour boisson; fomentations froides sur la tête; lavements d'opium et d'eau glacée. — A partir de ce moment la maladie n'offrit plus rien de particulier à noter, et, sous l'influence de la même médication continuée pendant un temps convenable, la guérison put être considérée comme parfaite à la date du 12 février.

Ce qui servira à distinguer l'empoisonnement par l'huile de croton d'une attaque de choléra, c'est dans le premier cas, outre la rougeur de l'arrière-bouche, les douleurs dans le pharynx, l'œsophage, l'absence de l'aurie, de crampes dans les mollets et de selles blanchâtres semblables à une décoction de riz. (*Allg. Wien*, et *Journal de méd. de Bruxelles*, décembre 1860.)

Sueurs des phthisiques (*Emploi de la poudre de Dower contre les*). Cette médication est préconisée par M. Descamps, qui annonce l'avoir vu expérimenter par M. Lacoste, son chef de service, avec un succès constant. Sans doute on pourra douter de son efficacité, en se rappelant que la poudre de Dower est un médicament considéré comme sudorifique. Sans doute aussi l'on pourra trouver singulière l'inspiration qui porta M. Lacoste, lors de son premier essai, à administrer cette substance, au même moment, à un soldat atteint de rhumatisme, dans le but de provoquer la transpiration, et à un malheureux phthisique couché dans le lit voisin et en proie à des sueurs colliquatives abondantes, qu'on n'était pas encore parvenu à arrêter. Quoi qu'il en soit, l'effet, d'après M. Descamps, dépassa l'attente; les sueurs furent supprimées du premier coup : l'expérience, répétée ensuite sur d'autres malades, réussit chaque fois, et aujourd'hui elle repose sur une nombreuse série d'observations faites depuis dix-huit ans.

En présence de résultats si avantageux, et bien qu'ils soient tout à fait opposés aux effets généralement attribués au médicament en question, nous ne voyons pas pourquoi ce moyen, recommandé par des hommes honorables, et qui, en définitive, est au moins exempt d'inconvénients sérieux, ne serait pas expérimenté par les praticiens contre un symptôme très-pénible et si souvent rebelle. Voici le mode d'administration qu'indique M. Descamps.

« Nous possédons, dit-il, plusieurs observations de cas de tuberculose pulmonaire où les sueurs ont été arrêtées jusqu'à la veille de la mort, qu'elles fussent intermittentes ou non. On donne généralement la poudre à la dose de 50 centigrammes le soir, à des heures différentes, suivant celle qui annonce le début de la transpiration, et chaque fois il est facile d'observer que non-seulement elle a pour effet de la prévenir, mais encore de diminuer et de combattre les diarrhées, de calmer la toux et de prédisposer au sommeil. Il arrive cependant quelquefois que la substance est vomie; dans ce cas, il faut diviser la dose en deux parties, dont une sera donnée le soir et l'autre pendant la nuit, quand le malade se réveille. (*Arch. belges de méd. milit.* et *Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1861.)

Vomissements (*De l'oxalate de cérium dans les affections de l'estomac et spécialement dans les*). Le cé-

rium est un métal découvert vers 1804 par Hisinger et Berzélius dans la *cérite*, mine composée d'oxyde de cérium, de silice et d'oxyde de fer. Ce métal est blanc grisâtre, très-cassant et très-réfractaire. Quelques essais thérapeutiques avec les sels de cérium ont été tentés vers 1824 par Gmelin (*Bulletin des sciences médicales* de Férussac, t. VII), mais ils lui ont paru peu actifs, quoique, injectés à haute dose dans le système veineux, ils tuassent subitement les animaux en produisant une congestion cérébrale. Depuis, M. Simpson a repris l'étude de ces sels et a signalé les bons effets qu'il avait obtenus de l'oxalate dans les affections de l'estomac. M. le docteur Lee, mettant à profit l'enseignement du professeur d'Édimbourg, a expérimenté à son tour l'action de ce médicament. Ce médecin l'a employé d'abord dans des cas de vomissements qui persistaient malgré l'état avancé de la grossesse, et qui avaient résisté aux moyens habituellement employés : la glace, le bismuth, la créosote, l'acide cyanhydrique, etc. Dans quatre cas de cette espèce, dont il rapporte les observations, M. Lee prescrivit à ses malades de 5 à 10 centigrammes d'oxalate de cérium, répétés toutes les deux ou trois heures. Cette médication eut chaque fois un succès complet, les vomissements furent arrêtés et ne reparurent plus. Les effets de l'oxalate de cérium ne furent pas moins remarquables contre les vomissements qui souvent accompagnent la phthisie, le pyrosis, l'hystérie, et certaines formes de dyspepsie, surtout la forme atonique. Dans quatorze cas de cette dernière affection, l'action du médicament se fit sentir très-rapidement et, tout en faisant disparaître les nausées, il rappelait l'appétit des malades. M. Lee se range à l'opinion de M. Simpson en ce qui concerne la rapidité d'action de l'oxalate de cérium, mais il est disposé à contester les propriétés sédatives de cet agent tonique, car il l'a employé inutilement dans plusieurs cas de gastrites sub-aiguës idiopathiques, ou provoquées par des excès de table. (*American Journal of med. science*, oct. 1860.)

VARIÉTÉS.

Enquête sur les membres artificiels. — Valeur du point d'appui à la cuisse (1).

Lettre à M. le docteur Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louvain.

Si ma lettre devait avoir pour but seulement de vous prouver la réalité des services que les membres artificiels peuvent rendre aux individus qui ont subi l'amputation sus-malléolaire, je n'aurais pas à vous rendre compte de la fin de mon enquête, car les faits que j'ai placés sous vos yeux ont dû amener votre conviction à cet égard.

Il me reste encore à aborder un point important de la question : la discussion du point d'appui des membres artificiels.

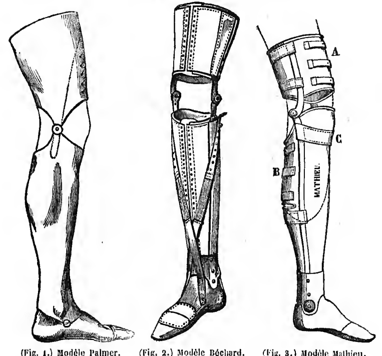
J'ai dû commencer mon étude par l'examen des mutilés qui avaient à pourvoir aux besoins de leur vie par l'exercice d'une profession, et il s'est trouvé que tous ceux que j'ai vus faisaient usage d'appareils prenant leur point d'appui au bassin. Si le choix de ce modèle avait été le résultat d'une étude comparée de la valeur des divers points d'appui : genou, cuisse et bassin, je n'aurais rien à ajouter. Mais il n'en est rien.

Le motif de la prédilection des chirurgiens pour le modèle de Mille (d'Aix) est tout théorique ; hâtons-nous d'ajouter cependant qu'il est basé sur les usages physiologiques de la partie suppléée. Le membre inférieur est surtout un organe de sustentation ; aussi M. Goyrand a-t-il pensé, avec juste raison, qu'on ne pouvait donner une trop grande étendue au point d'appui des membres artifi-

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 30 juin 1860.

ciels, et en même temps lui offrir une base trop solide : la saillie de l'ischion. Mais Baglivi l'a dit : *Duæ sunt cardines medicinæ, ratio et observatio.* Nous connaissons l'idée qui a présidé à la construction du modèle de Mille, ainsi que celle émise il y a près de deux siècles par Verduin pour le point d'appui à la cuisse ; consultons maintenant l'expérience.

Lorsqu'une vérité a été repoussée par ceux-là même qui eussent dû en comprendre l'importance, il faut un long temps avant de la voir rentrer dans le domaine de la science. Pour que ce retour ait lieu, il faut même que des faits nombreux et patents viennent en exagérer, pour ainsi dire, l'évidence.



(Fig. 1.) Modèle Palmer. (Fig. 2.) Modèle Béchard. (Fig. 3.) Modèle Mathieu.

Voici plus d'un siècle que Louis a rejeté le point d'appui à la cuisse, formulé par Verduin, et on n'y est pas encore revenu. A peine, je l'ai dit déjà, une tentative a-t-elle été faite en 1826 par le professeur Serre, de Montpellier. Toutefois, la vérité a plus d'une voie pour se faire jour, et la valeur du point d'appui à la cuisse devait être ramenée à l'étude par ceux des mutilés qui ne pouvaient supporter, ou qui trouvaient trop pénible le point d'appui au bassin.

Avant d'interroger les faits, jetons un coup d'œil sur les divers modèles qui existent dans l'arsenal chirurgical. Je dois vous rappeler seulement le premier essai de Verduin dont je vous ai donné les dessins ; puis viennent les modèles de MM. Palmer, Béchard et Mathieu. Ils diffèrent peu les uns des autres, à l'exception de celui de M. Palmer, qui est construit en bois et où le mécanisme qui fait mouvoir le pied est des plus simples et des plus ingénieux. Ceux

de MM. Béchard et Mathieu ont pour base deux attelles d'acier recouvertes d'une gaîne de cuir; le pied étant tenu relevé par des ressorts, comme dans l'appareil de M. Ferd. Martin, ces jambes artificielles constituent des pilons. Dans la jambe de M. Palmer, l'action du ressort fléchisseur est contre-balancée par celle d'un ressort extenseur : aussi le pied concourt-il à la marche.

Voici maintenant les quelques essais dont, pour la plupart, j'ai été témoin.

Obs. I. *Appareil Palmer prenant son point d'appui à la cuisse.*— Le premier mutilé que j'ai vu marcher avec un appareil prenant ce point d'appui est M. Palmer, l'inventeur de la jambe américaine. L'habile fabricant de Philadelphie a été amputé de la jambe droite, à un âge où l'on regrette moins la perte du membre que la difformité qui en résulte. Désirant cacher sa mutilation, il se fit construire une jambe artificielle. Mécontent des divers modèles qui lui furent livrés, et doué d'un grand génie mécanique, il s'ingénia à se créer un appareil qui, tout en célant la difformité, lui rendît la marche facile.

Le succès est venu couronner ses efforts; car il est difficile, même lorsqu'on voit M. Palmer marcher, de reconnaître qu'il fait usage d'une jambe artificielle. En 1850, au retour de l'exposition de Londres, j'ai présenté ce fabricant à la Société de chirurgie, et un bon nombre de nos collègues n'ont pu désigner le membre mutilé. Je viens de vous donner le dessin de cette jambe; chargé de faire un rapport sur ce magnifique appareil, vous me permettrez de réserver pour ce travail l'exposé du mécanisme très-simple qui fait mouvoir le pied artificiel.

Voici un second exemple du bon usage de la jambe américaine. Il nous est fourni par la dame de l'un de nos confrères et amis de Londres. Ce fait a d'autant plus d'importance, que cette dame a fait successivement usage d'appareils prenant leur point d'appui au bassin et à la cuisse, et qu'elle n'hésite pas à accorder la préférence à ce dernier point d'appui.

Obs. II. *Dame du monde, âgée de quarante-sept ans. — Amputation à la partie moyenne de la jambe. — Usage de membres artificiels depuis* 1836.— *Essais successifs de divers modèles : Ferd. Martin, Mille, Palmer.*— Mme X***, à la suite d'accidents provoqués par une chute de cheval, dut subir l'amputation de la jambe droite. L'opération fut pratiquée à quelques pouces seulement au-dessous du lieu d'élection, quoique la lésion traumatique fût bornée à l'articulation tibio-tarsienne. C'était en juin 1836; cette dame avait alors vingt-trois ans. Lorsqu'elle put se lever, on la fit marcher d'abord avec une jambe de bois ordinaire, coquettement ornée, mais ce n'en était pas moins la jambe de bois avec ses inconvénients. (L'appareil est fixé en haut par une ceinture placée autour du bassin; lorsque les mutilés s'asseyent, l'attelle externe fait subir à la ceinture un mouvement de torsion qui comprime péniblement les tissus. Pendant la station assise, la jambe reste étendue et vient trahir la mutilation.) Après six mois de l'emploi de cet appareil, cette dame, ayant eu connaissance des expériences qui avaient lieu dans nos hôpitaux, vint à Paris et se fit faire un membre artificiel par M. Ferd. Martin. Elle en fit usage pendant quatre années, marchant assez facilement, mais la jambe rigide. A cette époque, cette dame épouse un de nos amis, médecin distingué de Londres, qui, ne voulant pas lui laisser perdre l'usage des mouvements du genou, fait faire à Weiss, le Charrière de Londres, un appareil sur le modèle de celui de Mille (d'Aix), c'est-à-dire flexible en marchant Mme X*** s'en servit jusqu'en 1850; son

usage laissait encore à désirer. Aussi, lorsqu'après la première visite que je fis à l'exposition de Londres, j'eus rendu compte à mon ami de l'invention de M. Palmer, sa femme voulut immédiatement posséder la jambe américaine.

Voici les renseignements qui me sont transmis (avril 1860) : « Dès mes premiers essais de la jambe de M. Palmer, je suis demeurée convaincue que j'avais enfin trouvé ce dont j'avais tant besoin. Depuis 1850, je n'ai pas porté d'autre appareil. Je fais facilement 3 ou 4 milles sans fatigue ; je vais et viens toute la journée dans mon intérieur ; enfin, vous l'avez vu, j'ai repris l'exercice du cheval, et je monte presque tous les jours. Le point d'appui est au-dessus du genou, et je lui donne de beaucoup la préférence sur celui des appareils de Weiss et Ferd. Martin. . Forme et fond, je trouve tout réuni dans la jambe de M. Palmer. Beaucoup de mes nouvelles connaissances ignorent que j'ai subi une mutilation. »

La coque de la jambe de M. Palmer étant en bois, il y avait à se demander si on parviendrait à l'évider assez profondément pour lui permettre de loger les longs moignons fournis par les amputations sos-malléolaires, et quelles seraient les modifications à faire subir au mécanisme placé dans la partie inférieure de la jambe Comme ce fabricant habite les Etats-Unis, force m'a été de m'adresser à ceux que j'avais sous la main pour trancher la question. Le résultat de ce premier essai a été des plus remarquables.

Obs. III. *Employé amputé au tiers inférieur de la jambe. — Essai successif d'appareils prenant leur point d'appui au bassin et à la cuisse.* — M. M***, employé à la Caisse des dépôts et consignations, fut admis, en 1843, à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traité d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. L'affection se montrant réfractaire aux moyens ordinaires, M. Jobert se décide à pratiquer l'amputation ; la section du membre a lieu au-dessus des malléoles. Guéri de sa plaie, le malade, qui avait alors quinze ans, fait de suite usage d'une jambe artificielle fournie par M. Charrière. Cet appareil dure quatre années, et, comme ce jeune homme a souffert un peu du point d'appui au bassin, il s'adresse à un autre fabricant, M. Béchard. Celui-ci, croyant que les excoriations des tissus étaient dues surtout à un vice dans la disposition du bourrelet supérieur, construit la nouvelle jambe sur le même modèle. Cet appareil a la même durée, et, malgré les soins apportés à sa confection, de temps en temps il entame la peau du malade.

Mon enquête m'ayant conduit chez M. Béchard, j'engageai ce fabricant à construire pour ce mutilé une jambe artificielle sur le modèle de M. Palmer. M. Béchard comprit de suite l'intérêt qui s'attachait à cet essai et apporta tous ses soins à répéter les dispositions de la jambe américaine. La coque jambière put être évidée assez complétement pour que le long moignon ne fût exposé à aucun froissement. Seulement M. Béchard employa un autre mécanisme pour faire mouvoir le pied, afin de respecter la propriété de son confrère américain.

Un des points de mon enquête, la possibilité de faire jouir les amputés à la partie inférieure de la jambe de l'invention de M. Palmer, était tranché ; restait à voir comment le malade se trouverait du changement du point d'appui ; car la jambe américaine, je vous l'ai dit, se fixe à la cuisse. — M. M*** s'est trouvé si bien de cette modification, que depuis on lui a reconstruit une nouvelle jambe, et qu'il a voulu conserver le même point d'appui.

Ainsi, depuis seize années, il a fait usage des deux modèles ; il les a expé-

rimentés chacun le même laps de temps, et, comme la dame anglaise, il n'hésite pas à donner la préférence au point d'appui à la cuisse.

Je vous ferai remarquer que le jugement de cet homme n'a pas une aussi grande valeur, car, étant employé à des écritures, il passe presque toutes ses journées assis. Matin et soir, cependant, il se rend à pied à son bureau, qui est distant d'un bon quart de lieue de son logement. Ce sont ses courses les plus longues et les plus régulières; les dimanches et les fêtes, il sort peu, ou fait de courtes promenades. M. M*** est loin de jouir d'une santé robuste, et, comme tous les individus chétifs, il fait peu d'exercice.

Il peut survenir certaines circonstances dans lesquelles le choix du point d'appui n'est plus possible. En voici un exemple :

Obs. IV. *Dame du monde, âgée de trente-huit ans. — Amputation sus-malléolaire à l'âge de seize ans. — Usage de membres artificiels prenant leur point d'appui d'abord au bassin, puis à la cuisse.* — Mme X*** a été amputée en 1838 par Foulloy. On lui fit porter la jambe de M. Ferd. Martin, avant même que la cicatrisation de la plaie fût complète, et des petits trajets fistuleux qui persistaient ne tardèrent pas à disparaître dès qu'elle put prendre de l'exercice. Voici les renseignements qui me sont fournis par son médecin :

« Mme X*** marche avec facilité et sans que rien puisse trahir la mutilation qu'elle a subie; tout ce qu'on peut remarquer, quand on est prévenu, c'est qu'elle prend lourdement possession du sol à chaque pas. Mais, je le répète, il faut la plus grande attention pour s'apercevoir de cette légère irrégularité dans la démarche. Son infirmité ne l'a privée d'aucun des plaisirs de son âge, et je l'ai vue pendant de longues années danser à tous les bals, sans fatigue et sans difficulté. Il est vrai que, de nos jours, la contredanse n'exige pas une grande agilité.

« Cette dame ne s'est jamais plainte des suites de son amputation, elle n'a éprouvé aucune douleur, ni subi la moindre excoriation. La seule incommodité qu'elle ait éprouvée de l'usage de son appareil est la suivante : il y a une douzaine d'années environ, Mme X*** acquit assez rapidement un embonpoint excessif, et le développement du membre, gêné par la compression du bord supérieur de l'appareil, avait déterminé à sa racine la formation d'un bourrelet épais, saillant, que la partie supérieure du cuissard pressait douloureusement. Je lui donnai le conseil de se rendre à Paris et de se faire confectionner un membre dont la gaîne serait assez évasée pour contenir ce bourrelet circulaire. »

Mme X*** a suivi le conseil de son médecin, mais le fabricant n'a pu réaliser sa prescription, et, après plusieurs essais infructueux, force a été de prendre le point d'appui au-dessous du bourrelet, c'est-à-dire sur le haut de la cuisse. Cette dame ne se rend pas compte de la modification apportée à son premier appareil; aussi, interrogée par son médecin sur la valeur des deux points d'appui, elle n'a pu répondre à ma question. Elle ne croit pas avoir changé, parce que le cuissard remonte presque jusqu'à la racine du membre; mais son fabricant, M. Mathieu, m'a assuré qu'il y avait un intervalle de trois doigts entre la tubérosité de l'ischion et le bord supérieur de l'appareil. M. Mathieu lui avait même proposé d'alléger le poids de sa jambe en lui prenant son point d'appui à la partie inférieure de la cuisse. Elle s'y est refusée, marchant parfaitement bien, dit-elle, et depuis vingt-deux ans, avec le système dont elle a l'habitude.

Il faut une grande connaissance de la construction des divers modèles pour trancher les points en litige. Je viens d'en être de nouveau témoin.

Obs. V. Notre distingué collègue, M. Larrey, a présenté récemment à la Société de chirurgie un invalide sur lequel on avait fait l'essai d'un membre artificiel envoyé par M. Vandervelt, de Liége. Cette jambe est construite sur le modèle de celle de Mille, d'Aix, c'est-à-dire destinée à prendre son point d'appui au bassin. Parmi les modifications que l'invalide lui a fait subir, car cet homme est très-intelligent, une des plus importantes consiste en l'addition d'une longue courroie, faisant deux fois le tour de la cuisse, et qui lui permet de serrer assez fortement la partie supérieure de l'appareil pour la fixer à la racine du membre. Il évite ainsi que le bourrelet supérieur porte sur la tubérosité de l'ischion, et a transformé par là le modèle Mille en modèle Verduin. Depuis qu'il a fait cette modification, il marche beaucoup mieux, nous a-t-il dit en présence de M. Larrey

Le chirurgien militaire chargé de présenter au Conseil de santé un rapport sur la jambe du fabricant de Liége n'aura sans doute pas fait cette remarque.

Voici un autre fait, d'une date également trop récente pour trancher la question, mais qui cependant présente une valeur incontestable, puisque le mutilé est affecté d'une de ces paralysies périphériques des membres inférieurs, aujourd'hui si communes.

Obs. VI. *Homme du monde, âgé de cinquante-deux ans, affecté de paraplégie incomplète. — Amputation sus-malléolaire. — Usage comparé des appareils prenant leur point d'appui au bassin et à la cuisse.* — M. X*** était capitaine du génie, lorsqu'il y a quelques années une altération grave survenue dans sa santé le força à quitter sa carrière. Dans une consultation qui eut lieu à cette époque, nous voyons la paraplégie attribuée à une lésion de la moelle épinière dont la nature n'est pas déterminée. M. X***, rentré dans sa famille, fait vers la fin de décembre 1859 une chute, dans laquelle il se brise les deux malléoles de la jambe droite. Malgré tous les soins dont le malade fut entouré, il fallut recourir à l'amputation. L'opération fut pratiquée par M. Gaillard, de Poitiers, à quelques travers de doigt au-dessus des malléoles. Lorsque la plaie fut cicatrisée, on commença à faire marcher le malade avec la jambe de bois ordinaire. L'étroitesse de la base de sustentation offerte par le pilon rendait même la station difficile, car l'affection de ce mutilé est une ataxie locomotrice, et la perte du sens musculaire fait qu'il ne peut diriger ses membres inférieurs qu'en les regardant se mouvoir. Ainsi, vacillation sur les jambes et attitude courbée en avant, de façon à avoir les yeux constamment fixés sur les pieds, telles sont les circonstances particulières dont son médecin ordinaire, M. Brossard, avait à tenir compte pour lui faire faire un appareil prothétique.

Au mois de mars dernier, M. Brossard vint à Paris avec le moule du moignon, et, dans une consultation que nous eûmes avec le docteur Giraud-Teulon, il fut convenu que nous ferions l'essai de la jambe de M. Mathieu. Outre son point d'appui à la cuisse, cet appareil emboîte les condyles du tibia, et il me paraissait réaliser le mieux les conditions mécaniques nécessaires à l'équilibre du corps. Le moule avait été mal pris, aussi l'essai ne répondit pas complétement à mon attente. M. X*** se décide à venir nous trouver. Je lui soumets les incertitudes du problème, et, désireux de contribuer à sa solution, notre capitaine accepte ma proposition de lui faire faire deux appareils, l'un par

M. Charrière, portant sur le bassin, l'autre par M. Mathieu, portant son point d'appui à la cuisse.

Voici le résultat de l'examen comparatif fait depuis quelques mois par cet intéressant mutilé :

« L'un et l'autre appareil assurent également bien la station et la progression, et mon malade s'en sert alternativement.

« L'appareil Charrière est un peu lourd et se prête plus difficilement aux mouvements. L'appareil Mathieu, une fois placé, ne bouge plus. L'appareil Charrière se déplace facilement.

« Le mécanisme du pied dans l'appareil Charrière est supérieur à celui de l'appareil Mathieu. Dans ce dernier, le pied s'abaisse et s'élève par un mouvement brusque, comme dans le modèle Ferd. Martin. » (Lettre du docteur Brossard, 15 novembre.)

Ainsi, pour nous borner au point spécial de notre étude, nous voyons ce mutilé préférer encore le point d'appui à la cuisse. L'expérience est de date trop récente pour qu'elle puisse avoir une grande portée. Mais M. X***, qui comprend très-bien l'importance de la solution de la question, continue à étudier la valeur de chacun des points d'appui, et m'a promis de m'informer du résultat auquel il arriverait. (*La suite au prochain numéro.*)

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle le 9 janvier. A l'assistance habituelle des jeunes médecins qui suivent avec une grande assiduité les séances, étaient venus se joindre quelques hommes haut placés dans la science, qui étaient venus donner un témoignage de sympathie à la jeune Société. Après le rapport sur le prix Duval, qui a été remporté cette année par M. Cavasse, M. Marjolin a rendu compte des travaux de l'année. L'éloge de M. Bégin a été ensuite prononcé par M. Legouest, qui a révélé un vrai talent littéraire; puis M. Broca a lu l'élogo de Lenoir. Ces discours ont été accueillis par d'unanimes applaudissements.

Par suite de la démission de M. Ricord, de la mort de M. Desprès et de la retraite de M. Guersant, les services de chirurgie sont modifiés de la manière suivante : M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants assistés, passe à l'hôpital des Enfants malades. M. Follin remplace M. Cusco à la Salpêtrière. M. Depaul va aux Enfants assistés, et M. Broca remplace notre regrettable confrère Desprès comme chirurgien de Bicêtre.

La distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux a eu lieu le 27 décembre. Voici les noms des lauréats. — Prix de l'internat. — *Première division.* — Médaille d'or : M. Raynaud, interne de troisième année à l'hôpital des Enfants malades. — Médaille d'argent : M. de Saint-Germain, interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu. — Première mention : *ex æquo*, MM. Guéniot, P. Tillaux et Simon (Edmond). — Deuxième mention : *ex æquo*, MM. Baudot, Dezanneaux et Simon (Jules). — *Deuxième division.* — Médaille d'argent : M. Jouon, interne de deuxième année à l'Hôtel-Dieu; accessit, M. Ferrand.— Première mention, M. Touzi.— Deuxième mention, M. Martineau. — Prix de l'externat. — Prix, M. Lallement; accessit, M. Caulet.—Première mention, M. Gouraud. — Deuxième mention, M. Blot. Par une disposition spéciale de son testament, feu M. Lenoir léguait ses instruments de chirurgie à

l'élève qui serait reçu le premier interne l'année de sa mort. Conformément à la volonté du testateur, ces instruments ont été remis à M. Lallement.

Sont nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : — au grade d'officier : MM. Poggiale, pharmacien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées ; Tedeschi, médecin-major de deuxième classe au 9e régiment de cuirassiers ; Le Tersec, chirurgien principal de la marine ; Petit, premier médecin en chef de la marine, chef du service de santé à la Réunion ; — au grade de chevalier : M. le docteur Bedel, médecin à Lamballe (Côtes-du Nord); Carivenc, médecin-major de deuxième classe au 10e régiment de ligne ; Aubas, médecin-major de deuxième classe au 6e régiment de hussards; Helye, médecin-major de deuxième classe au 90e régiment de ligne ; Bories, médecin-major de deuxième classe au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; Louail, médecin-major au régiment des guides de la garde impériale ; Jacquin (Joseph), médecin-major de première classe aux hôpitaux de Constantine ; Landreau, pharmacien-major de deuxième classe ; Chabassu, chirurgien principal de la marine ; Bépériers, chirurgien de première classe de la marine ; Latour (Félix), chirurgien auxiliaire de deuxième classe de la marine à la Nouvelle-Calédonie.

Ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire : — à un emploi de médecin principal de première classe, M. Guiliano, dit Castano (François-André), médecin principal de deuxième classe, hors cadre, au corps expéditionnaire de Chine ; — à trois emplois de médecin principal de deuxième classe, M. Gerrier (Pierre-Louis-Adolphe), médecin principal de deuxième classe, hors cadre, au corps expéditionnaire de Chine; Didiot (Pierre-Augustin), médecin principal de deuxième classe, hors cadre, au corps expéditionnaire de Chine ; Villette (Théodore-Louis), médecin-major de première classe.

Les pertes du corps médical ont été nombreuses et regrettables pendant l'année 1860. La Faculté de Paris a perdu M. Duméril et M. Lesueur, chef des travaux chimiques ; l'Académie, MM. Collineau, Thillaye, M. Arendt, associé étranger; MM. Vallot, Saves, Aubergier, Gendron, correspondants; les Ecoles de médecine : Amiens, M. Andreu ; Bordeaux, M. Chaumet ; Clermont, M. Foucher ; Lyon, MM. Pointe et de Laprade ; Nancy, M. Laurens ; Rennes, M. Duval ; Rouen, M. Couronné ; Toulouse, M. Ducasse ; Tours, M. Tonnelé ; la Société de chirurgie, M. Lenoir.

Le personnel de l'administration de l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg est composé ainsi qu'il suit : Directeur, M. Sédillot, médecin-inspecteur ; sous-directeur, M. Rouis, médecin-major de première classe ; officier comptable, M. Hénault ; aides-majors répétiteurs, M. Villemin, physiologie ; Gaujot, clinique et pathologie chirurgicales ; Jaillard, physique et chimie médicales et pathologie générale ; Paulet, anatomie ; Courvet, histoire naturelle médicale et botanique ; aides-majors surveillants : MM. Sarrazin, Vallin, Morrache, Poncet.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Résumé sommaire des principales questions agitées dans le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant l'année qui vient de s'écouler [1].

Une maladie qui, comme la fièvre typhoïde, a eu le triste privilége de se voir l'objet des tentatives thérapeutiques les plus diverses, c'est la phthisie pulmonaire. On ferait un livre rien qu'en énumérant ces tentatives jusqu'ici presque aussi stériles que multipliées; mais ces insuccès n'arrêtent pas les hommes qu'animent un véritable amour de la science et une sincère philanthropie, et l'on ne peut qu'applaudir à leurs généreux efforts. Quelque impuissants que jusqu'à ce jour aient été ceux-ci, il y a cependant un fait, un fait de la plus haute valeur, qui les justifie, c'est que, s'il est malheureusement peu contestable que la médecine soit impuissante à guérir la phthisie pulmonaire, il ne l'est pas que, sous l'empire d'influences inconnues, par le bénéfice du jeu spontané de la vie, de conditions ou physiologiques ou pathologiques peut-être, que nous ignorons, cette maladie ait radicalement guéri chez un grand nombre d'hommes : les résultats des nécropsies ne laissent aucun doute à cet égard. C'est dirigé tout à la fois par cette notion, qu'il ne faut jamais oublier, et par le désir d'être utile, qu'un médecin distingué, M. Fonssagrives, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, a écrit l'an dernier, dans ce journal même, un chapitre remarquable sur le traitement de cette maladie. Tout le monde se rappelle en quoi consiste essentiellement la médication préconisée par le savant professeur de Brest : c'est tout simplement la méthode contro-stimulante de Tommasini, ou plus généralement la médication hyposthénisante. *A priori*, et dans l'ignorance où nous sommes de l'action intime de cette médication sur l'organisme malade, malgré la précision des termes que nous venons de rappeler et qui signifient bien plus que nous ne savons réellement; *à priori*, disons-nous, on conçoit que cette médication ait pu être dirigée contre la phthisie pulmonaire, et qu'un esprit méditatif, comme le professeur de Brest, en ait tout d'abord conçu la pensée. Nous sommes loin, sans doute, du temps où Broussais pouvait, sans trop scandaliser la science, professer que la tuberculose n'est rien de plus qu'une pneumonie chronique ; mais, de ce qu'il est démontré

(1) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 5.

maintenant qu'une telle conception est une des plus radicales erreurs de la doctrine de l'irritation, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'une méthode thérapeutique qui, comme celle dont il s'agit, se montre si nettement efficace dans la pneumonie, doive perdre nécessairement cette efficacité dans une maladie essentiellement différente, la tuberculisation pulmonaire. C'est précisément parce que nous ne savons pas comment la méthode italienne agit dans le secret de la vie intime des tissus malades, pour faciliter la résolution de l'inflammation pulmonaire, que nous ne pouvons affirmer que cette méthode devient complétement inopportune dans une affection qui siége dans le même appareil, mais qui diffère essentiellement de celle-ci. Ces différences assurément sont réelles, complètes, radicales; mais n'y a-t-il rien de commun entre ces deux états morbides dans le travail inconnu qui les développe, qui les prépare, qui les consomme? Nous n'oserions risquer aucune affirmation sur ce point, et M. Fonssagrives, semble-t-il, ne serait pas éloigné de penser comme nous à ce sujet, ce dont nous nous applaudissons, car on est toujours heureux et on se sent en quelque sorte plus fort, quand, sur une question aussi grave que celle-ci, on se trouve en communion d'idées avec un esprit si distingué. Mais nous voulons nous arrêter à l'entrée de cette voie, car c'est par là qu'on arrive dans le champ sans limites des conjectures; et là où l'on cesse de voir clair, il vaut mieux s'arrêter : *melius sistere gradum quam progredi per tenebras*. Heureusement pour l'avenir de cette question intéressante entre toutes, le médecin de Brest, qui aime mieux dépenser toutes les richesses de son imagination dans un tout autre ordre d'idées que dans une science qui ne s'accommoderait guère qu'on la soumît à ce régime, heureusement, disons-nous, M. Fonssagrives fait bon marché des idées théoriques sur ce point, et s'applique surtout à demander aux faits la solution de la question qu'il pose. L'auteur affirme que, dans les quatre cinquièmes des cas où il a mis en usage cette méthode et après en avoir éliminé ceux qui la contre-indiquent, il a vu les malades obtenir un soulagement marqué. Cette méthode, aussi bien que toutes celles qui ont été tour à tour les plus vantées, n'a point prise sur le dépôt tuberculeux qui reste inamovible, mais elle en enraye le développement, tel que l'analyse clinique l'a démontré ; elle devient ainsi un moyen puissant de prolonger la vie, et permet de faire crédit au temps pour assurer aux pauvres patients les bénéfices de l'influence de l'âge. Dans un des derniers numéros de ce journal, M. Ferrier a rapporté un fait qui démontre que cette méthode peut avoir ses périls. Nous

le croyons comme notre honorable correspondant [1], mais nous le croyons aussi avec le savant médecin de Brest, qui, s'il a nettement posé les indications de la médication nouvelle qu'il propose pour combattre une des plus réfractaires affections du cadre nosologique, n'en a pas formulé avec moins de soin les contre-indications. En somme, il y a là une idée neuve, raisonnable, qui mérite de fixer l'attention des hommes sérieux ; nous avons regardé comme un devoir le soin de la rappeler, en quelques mots, au souvenir de nos lecteurs, afin qu'elle ne meure point inféconde, faute d'être expérimentée avec la mesure qu'il faut toujours apporter en ces sortes d'études délicates. C'est dans cette vue que nous demandons au lecteur la permission de citer le court passage par lequel M. Fonssagrives finit son intéressant article : « Je ne puis, dit notre très-distingué confrère, quo solliciter vivement mes confrères des hôpitaux de Paris, placés sur un vaste théâtre d'observation, à répéter ces essais, dont l'innocuité m'est, d'ailleurs, parfaitement prouvée par une expérimentation de plusieurs années. S'ils arrivent, comme j'en ai la ferme confiance, à des résultats confirmatifs des miens, ils auront concouru avec moi à la réalisation d'un progrès thérapeutique d'autant plus important que les ravages de la phthisie sont plus grands, et que l'art est plus désarmé en présence de ce fléau. »

Rara non sunt artis, disait souvent le regrettable professeur Chomel, et, plein de cette idée, c'est surtout des maladies communes, des maladies de tous les jours, qu'il aimait à entretenir ses nombreux auditeurs dans ses intéressantes conférences cliniques. Humble organe de la science médicale écrite, le journal que nous dirigeons n'accepte pas avec moins d'empressement les faits rares que les faits communs quand ils se produisent, parce que les faits de cet ordre, à mesure que la science se développe et progresse, peuvent être invoqués comme des témoins utiles, peuvent acquérir une signification qu'on ne leur soupçonne même pas alors que la simple curiosité scientifique les recueille ou les accueille; mais, journal essentiellement pratique et d'une application immédiate, le *Bulletin* ouvre surtout largement ses colonnes à tous les enseignements nouveaux qui regardent les maladies qu'on rencontre à chaque pas de la pratique quotidienne Si, choisissant entre une foule de notices intéressantes qu'a publiées le *Bulletin général de Thérapeutique,* pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler, nous avons cru

---

[1] Nous avons reçu de M. Ferrier une réponse aux observations que lui a adressées M. Fonssagrives. L'abondance des matières nous force à remettre la publication de cette lettre au prochain numéro.

en devoir détacher, pour les mettre de nouveau en lumière, les travaux relatifs à la fièvre typhoïde, à la phthisie pulmonaire et aux maladies dans lesquelles se produit dans certaines conditions l'élément pyrétique continu, ce n'est pas seulement parce qu'il y a de l'originalité dans ces conceptions diverses, mais encore parce que les questions que ces travaux soulèvent, la pratique les rencontre à chaque pas.

C'est encore à ce titre, et à ce titre surtout, que nous rappellerons le travail qu'a également publié dans le *Bulletin*, pendant le cours de l'année 1860, M. Bourguignon, sur les dyspepsies. Pour nous, nous l'avouerons franchement, malgré tous les travaux qui ont été mis au jour sur cette maladie, une et diverse, du principal organe de la digestion, toutes les fois que nous nous trouvons en face d'un cas de cet ordre, nous nous prenons bien souvent à hésiter. C'est qu'en effet à les considérer au point de vue de la difficulté, les énigmes d'Œdipe sont de misérables charades, bonnes à proposer à des pensionnaires, quand on les compare à certaines formes de dyspepsie, surtout dans leur rapport essentiel avec le traitement, la diététique qui doit les combattre : M. Bourguignon ne partage pas tout à fait cette manière de voir; nous l'en félicitons, si dans quelques cas, au moins, il ne s'abuse. Au reste, plus nous paraît confuse et dans sa symptomatologie, et dans son étiologie, et dans sa thérapeutique, l'histoire de cette maladie, une et multiple, nous le répétons, et plus nous devons applaudir à l'effort intelligent qui a pour but de débrouiller ce chaos. Chomel, dans le dernier ouvrage dont il a doté la science, a reconnu cette difficulté, surtout du côté du traitement, et ne l'a pas résolue. Le gendre de l'auteur du *Traité des maladies nerveuses*, M. Bourguignon, s'il ne l'a pas résolue davantage, a au moins, dans une étude attentive, bien fait saisir certains côtés de cette question complexe, et nous sommes convaincu qu'à lire attentivement son travail, on y recueillera des notions utiles et propres à diriger avec moins d'incertitude le traitement, dans les cas les plus scabreux. Nous ne rappellerons ici qu'une des nombreuses données thérapeutiques qui sont largement esquissées dans cette notice intéressante : nous voulons parler de l'usage des préparations arsenicales dans un certain nombre de dyspepsies atoniques. Déjà plusieurs observateurs avaient essayé de formuler cette indication; et l'un d'eux, un médecin de Reims, avait exprimé l'idée plausible que si le sous-azotate de bismuth, usité en pareille circonstance, réussit souvent, cela pouvait tenir à ce qu'impur, il contient une

certaine quantité d'arsenic : on s'est encore demandé, à ce sujet, si quelques eaux minérales, également utiles et recommandées dans les dyspepsies, ne devraient pas, en partie au moins, leur efficacité à la présence de ce métal à dose infinitésimale dans leur constitution. Ces rapprochements sont justes, et, dans la présomption de l'utilité des préparations arsenicales dans un certain nombre de névroses de l'estomac, on ne doit pas les oublier.

Enfin, et c'est par là que nous terminons, on s'est également beaucoup occupé dans ces derniers temps de l'efficacité du perchlorure de fer dans le *purpura hemorrhagica*. Il nous semble qu'en présence des faits intéressants qui ont été cités, on ne peut révoquer en doute l'utilité de cette préparation, qui n'a pas encore dit son dernier mot en thérapeutique. C'est l'auteur même du rapport fait à l'Académie sur le premier travail qui ait agité cette question importante, c'est M. Devergie, qui s'est chargé de traiter cette question dans le *Bulletin général de Thérapeutique*. Ici, se plaçant à un point de vue plus large que celui auquel il a dû se restreindre dans son rapport à la Compagnie dont il est membre, il a étudié les applications du perchlorure de fer dans le traitement d'un certain nombre d'affections cutanées qui semblent surtout les appeler. Il nous aura suffi de mentionner ici ce travail, pour qu'on s'en rappelle immédiatement toute la valeur.

Telles sont quelques-unes des questions les plus importantes qui ont été traitées dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, pendant le cours de l'année qui vient de finir : insister davantage sur la haute portée de ces questions, ce serait faire injure à l'esprit du lecteur. Il y a ainsi, chaque année, dans le monde scientifique, un courant d'idées qui préoccupent surtout l'attention : c'est à saisir ces signes du temps, comme on dit, que le journal doit s'appliquer, afin, autant qu'il est possible, de tenir la pratique commune au niveau même de la science. Ce devoir qui nous incombe par la mission volontaire que nous nous sommes donnée de diriger un journal spécialement consacré à la thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale, comme nous nous sommes efforcé de le remplir dans le passé, nous nous efforcerons de le remplir dans l'avenir : en communion de plus en plus intime avec nos lecteurs qui, à un jour donné, deviennent presque tous nos collaborateurs, leur concours, nous en sommes sûr, ne nous fera jamais défaut ; cette association intellectuelle est la condition de la véritable force : cette force-là, on peut s'en targuer sans vergogne, car ce n'est, en somme, que rendre hommage aux efforts de tous.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des ulcérations du col utérin et de la leucorrhée chez les femmes enceintes.

Par M. le docteur A. Charrier, vice-président de la Société anatomique, etc.

Depuis longtemps déjà, et dans tous les traités d'accouchements, les auteurs se sont occupés des changements qui surviennent dans l'organisme de la femme enceinte. MM. Andral et Gavarret signalaient la diminution des globules du sang chez les femmes pendant la gestation ; M. Cazeaux mettait au jour sa théorie de la pléthore séreuse ; plus tard, en 1853, cet auteur, distingué à tous égards, lisait à la Société de chirurgie un mémoire sur les ulcérations du col de l'utérus pendant les derniers mois de la grossesse, et il avançait que ces ulcérations se trouvaient dans les sept huitièmes des cas. Dans le remarquable rapport fait par M. Laborie et dans la discussion qui suivit, et à laquelle prirent part MM. Gosselin, Chassaignac, Danyau, Huguier, Voillemier et Cloquet, il est dit que ces ulcérations sont loin d'être aussi fréquentes que M. Cazeaux l'annonçait.

A cette époque, le nombre des observations qui avaient été recueillies n'était pas suffisant pour porter la certitude dans les esprits et pour juger définitivement cette question. En 1854, j'étais interne à la Maternité, et M. Danyau, mon cher maître, voulut bien continuer ses recherches avec moi. Depuis, à la clinique d'accouchements et dans ma clientèle particulière, j'ai continué mes investigations dans ce sens. J'apporte maintenant cent observations de femmes enceintes que j'ai examinées indistinctement, et qui étaient ou non atteintes de leucorrhée et d'ulcérations.

Ce nombre assez considérable d'observations pourra jeter un jour nouveau sur ce point de pathologie obstétricale, et, si la question n'est pas entièrement jugée, du moins ces quelques faits nouveaux pourront servir à l'histoire et à l'étiologie de la maladie. J'ai toujours noté avec grand soin l'état général des malades, le côté médical n'ayant pas, selon moi, été assez étudié.

Un grand nombre de femmes sont sujettes pendant leur grossesse à des troubles circulatoires. La chloro-anémie, l'hydrohémie sont des états très-fréquents, et, comme conséquence naturelle, la leucorrhée. Mais, pour bien comprendre combien cette leucorrhée est et doit être fréquente et pour ainsi dire physiologique, il faut

se souvenir et tenir un grand compte de l'état congestif des organes pelviens pendant la grossesse, du travail hypertrophique qui se passe dans tous les tissus et dans tous les organes du conduit vulvo-utérin, de l'accroissement de tous ses cryptes muqueux, utérins et vaginaux, et, comme conséquence, de l'augmentation énorme des sécrétions utérine et vaginale. Voilà l'état physiologique ; mais de là à l'état pathologique, il n'y a qu'un pas à faire pour que les sécrétions soient altérées, qu'elles deviennent irritantes, et pour qu'il se crée de toutes pièces un état morbide qui, commencé dans les derniers mois de la grossesse, finira avec l'état puerpéral, lorsque le travail atrophique aura achevé son œuvre et que le retour du flux cataménial aura fait entièrement cesser l'état de puerpéralité et rendu la femme à sa vie ordinaire.

Si l'on examine au spéculum l'état du col de la matrice d'une femme enceinte de sept mois et demi à neuf mois, voici ce que l'on trouve :

L'état du col se modifie puissamment, comme chacun sait, sous l'influence de la grossesse. La turgescence, la teinte violacée, vineuse, qui est répandue dans le vagin et à la vulve, est due à la stase sanguine. L'hypertrophie des follicules du museau de tanche et du col est un phénomène constant dans le dernier mois surtout de la grossesse. Le col est alors mamelonné, turgide, et, entre chaque petit mamelon, il existe d'étroits sillons. C'est là l'état physiologique, du septième au huitième mois, chez les multipares. Chez les primipares, cet état n'apparaît que plus tard, et cela se conçoit aisément, puisque nulle grossesse précédente n'est venue imprimer à l'organe une vitalité nouvelle, et des changements ineffaçables.

Le col est large, plus ou moins mou, violacé, luisant ; sur les bords du méat utérin, on voit au moins deux ou trois élevures ou mamelons qui ne sont que des follicules hypertrophiés, quelquefois transparents ; de leur pertuis on voit sourdre un mucus plus ou moins épais, plus ou moins opaque, quelquefois, et surtout s'il n'y a que peu ou point de leucorrhée, complétement translucide et incolore. Parfois, les follicules hypertrophiés sont au nombre de sept à huit, et si l'on enfonce un peu le spéculum trivalve ou quadrivalve, on ouvre le col, on le déplisse, et l'on voit alors dans sa cavité de nombreux follicules qui ont subi la même augmentation, et de volume, et de sécrétion.

Quand la sécrétion muqueuse n'est pas très-abondante, quand elle est limpide, cet état est physiologique ; il ne s'accompagne d'aucune douleur lombaire, d'aucune chaleur dans le vagin, d'au-

cum écoulement leuccorrhéique, et les malades ne sont ni gastralgiques ni dyspeptiques.

Le cœur ne fait entendre qu'un très-léger bruit de souffle au second temps, et non pas ce bruit de souffle fort, vibrant, qui se prolonge le long des vaisseaux du cou.

Mais je parle là de l'état de santé. Qu'une cause quelconque vienne troubler l'harmonie des fonctions d'une femme enceinte, que l'estomac se dérange, que les digestions se fassent mal, l'assimilation réparatrice n'a pas lieu, et la leucorrhée survient, d'abord limpide, muqueuse, puis plus épaisse, comme parsemée de grains de riz; ensuite, c'est le muco-pus, le catarrhe, puis enfin le catarrhe purulent par excellence.

Le liquide leuccorrhéique, dès qu'il n'est plus limpide, est irritant de sa nature; il est acide, et la preuve en est dans cette teinte cuivrée, brunâtre, érythémateuse, qui siége à la partie supérieure et interne des cuisses chez presque toutes les femmes atteintes de ce genre d'écoulement; nous croyons que ce liquide agit de la même manière sur la muqueuse du col, et ce qui le prouve c'est que l'ulcération se produit sur la lèvre la plus basse. En effet, baignée sans cesse par le liquide qui tombe en nappe visqueuse et gluante, la muqueuse est érodée; puis l'ulcération, d'abord rouge vif, écarlate et petite, s'étend de plus en plus, comme si elle était faite à coups d'épingle, et, à mesure que l'épithélium est reproduit, il est entraîné par le muco-pus. Puis, comme toutes ces parties sont le siége d'une exubérance de vitalité, le fond tend à s'élever, végète et donne naissance à de véritables végétations plus ou moins sessiles, semblables à celles que l'on voit à la vulve et au périnée chez certaines femmes enceintes.

Si l'on veut enlever le muco-pus, si l'on touche ces ulcérations végétantes avec un tampon de coton ou de charpie, on le retire maculé de sang.

Le liquide varie beaucoup, d'après l'ancienneté de la maladie. D'abord limpide, il devient muco-purulent, purulent même; il a une odeur amniotique très-prononcée.

L'ulcération du col peut être secondaire : expliquons-nous sur ce mot. L'écoulement peut d'abord n'être que vaginal, puis le col et ses follicules turgides, baignés continuellement dans la sécrétion vaginale, perdent leur épithélium, et l'érosion commence : c'est donc une érosion secondaire. Quelquefois c'est le contraire qui a lieu: la sécrétion utérine est augmentée d'abord, et ce n'est que postérieurement que la leucorrhée devient vaginale.

Les auteurs ont décrit des granulations rouges, grises, jaunes, blanches. Pour nous, ce ne sont que des formes différentes de la même affection.

La granulation rouge constitue la première période de la maladie; c'est elle qui fait suite à la chute de l'épithélium, le derme étant mis à nu et constamment irrité par l'écoulement leucorrhéique. La granulation grise, jaune ou blanche, est la deuxième période de la maladie, quand il y a tendance à la production des fausses membranes, et que l'érosion donne sans cesse par sa surface un exsudat pultacé, mou et saignant au moindre contact. Ce sont donc, comme on le voit, deux âges différents, deux degrés distincts, du même état pathologique.

Pour nous, c'est la leucorrhée qui est le point de départ, la cause efficiente de ces ulcérations survenant dans les derniers mois de la grossesse, et nous pouvons donner quelques preuves à l'appui : 1° le siége de l'ulcération ; si l'utérus est en antéversion, c'est la lèvre antérieure qui est atteinte; s'il est en rétroversion, c'est le contraire qui a lieu ; 2° la composition chimique de l'écoulement qui est toujours *acide*, ce dont on peut s'assurer avec le papier de tournesol; 3° l'écoulement n'est certainement pas inoffensif, les plaques intertrigineuses qui siégent à la face interne et supérieure des cuisses, et qui causent souvent des douleurs très-vives, en font foi.

Pourquoi, du reste, n'admettrait-on pas que la leucorrhée joue ici le rôle principal dans la production de l'érosion d'abord, de l'ulcération ensuite? Ne voyons-nous pas souvent, au début d'une vaginite, le col être parfaitement sain, puis, continuellement en contact avec le pus et la sécrétion vaginale, devenir rouge, s'excorier, et finir par s'exulcérer? Ce fait, tout le monde l'a observé. Quelquefois c'est l'inverse, c'est le col de l'utérus qui est d'abord atteint d'écoulement purulent, et secondairement le vagin est lui-même affecté. Mais, quel que soit le point de départ, la marche de la maladie est toujours la même; c'est toujours par le contact direct et continuel de sécrétions morbides que des organes parfaitement sains sont ensuite contaminés. C'est ce qui se passe dans la leucorrhée. Sous l'influence de la grossesse, les follicules du col, du museau de tanche se sont hypertrophiés, leurs sécrétions se sont accrues et se sont modifiées, l'épithélium a été entraîné, et l'érosion est apparue, sans cesse entretenue par la sécrétion incessante des glandes utérines; sa surface dénudée s'est irritée, et, de leucorrhéique, l'écoulement est devenu purulent.

On nous objectera, nous le savons, que l'ulcération est la cause, et non l'effet de l'écoulement. A cela nous répondrons que, dans les cas assez nombreux observés par nous et où les follicules n'étaient pas ulcérés, il n'y avait que très-peu ou point de leucorrhée. Bien entendu, nous ne parlons ici que des ulcérations survenues pendant la grossesse. La leucorrhée est donc pour nous, sinon toujours, au moins dans l'immense majorité des cas, la cause des ulcérations pendant la grossesse. Or, comme la leucorrhée est fréquente, les ulcérations le sont aussi. Nous avons été à même de suivre, pour ainsi dire pas à pas, la genèse de la maladie chez plusieurs femmes que nous avons pu examiner à cinq ou six mois de grossesse. Au sixième mois, le col est hypertrophié, les follicules sont saillants, mais sains. Au septième mois, la leucorrhée survient ; à sept mois et demi, nous observons une érosion commençante, c'est la partie saillante des follicules qui s'érode ; à huit mois et demi, une ulcération considérable a envahi les deux lèvres de l'orifice externe, surtout la postérieure.

Ces faits nous paraissent concluants ; maintenant, sous quelle influence la leucorrhée survient-elle ? C'est là une question très-importante à résoudre et qui nous semble devoir être rapportée à un état chloro-anémique. Nous n'avons jamais rencontré de femmes qui, affectées d'ulcérations, ne le fussent pas en même temps d'écoulement leucorrhéique ou purulent. Si on les ausculte, on trouve du souffle dans les vaisseaux du cou. Les chairs sont flasques, bouffies, ordinairement blafardes. Les malades se plaignent de douleurs lombaires, d'autant plus intenses que l'écoulement est plus considérable et plus ancien.

Un symptôme aussi presque constant, qui accompagne ces troubles de la sécrétion vaginale et utérine, c'est la gastralgie dans toutes ses variétés.

La leucorrhée a été étudiée récemment par le docteur Duncan, d'Edimbourg ; mais c'est exclusivement chez les vieilles femmes, alors que l'utérus a été le siége du travail atrophique qui est la conséquence de la ménopause (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LVIII, p. 529).

Nous n'avons rencontré nulle part, dans les récents traités des maladies de l'utérus, un chapitre consacré au sujet qui nous occupe. MM. Nonat, Aran, Becquerel, Goupil et Bernutz sont restés muets sur ce point de la pathologie de la grossesse. Pour trouver quelques travaux sur ce sujet si important, il faut lire l'ouvrage de Bennett, l'excellent *Traité d'anatomie chirurgicale* de M. Ri-

chet, et la thèse inaugurale de M. Coffin. Le premier de ces auteurs a regardé l'ulcération du museau de tanche comme une maladie grave, et qu'il fallait enrayer par un traitement local et actif ; les deux derniers, voyant les déplorables résultats de la cautérisation, hésitent, tâtonnent et avouent avec une grande bonne foi que, fréquemment, l'avortement est la conséquence du traitement. C'est au reste ce que nous avons vu très-souvent, soit que le diagnostic de la grossesse n'eût pas été établi, soit que l'on eût passé outre et que, faisant abstraction de l'état de gestation, on eût traité l'ulcération par la cautérisation, comme une ulcération simple en dehors de l'état de grossesse.

Voici un relevé qui va nous indiquer, sur 100 femmes enceintes, la fréquence de la leucorrhée et des ulcérations du col pendant la grossesse, et l'influence de la multiparité.

Sur 100 femmes examinées au spéculum au septième mois et demi de la grossesse :

56 avaient de la leucorrhée ; sur ces 56, 46 de la leucorrhée et des ulcérations ; sur les 44, qui n'avaient rien au septième mois et demi, 16, à huit mois et demi, avaient de la leucorrhée ; sur ces 16, 10 des ulcérations.

Donc, à huit mois et demi, sur 100, 72 ont de la leucorrhée ; sur ces 72, 56 ont aussi des ulcérations ; sur 56, 41 étaient multipares ; sur les 28 femmes pour 100 qui n'avaient aucune altération, 20 étaient primipares.

La multiparité a donc, comme on le voit, une influence incontestable.

Maintenant, quel traitement doit-on instituer ? Doit-on traiter localement l'ulcération ?

Nous ne le croyons pas, l'avortement en étant souvent la suite.

C'est à l'état général qu'il faut s'attaquer. Les purgatifs légers et les martiaux, le traitement de la dyspepsie doivent être rigoureusement donnés, non pas dans le but de guérir l'ulcération, mais dans le but de soutenir les forces de la femme enceinte, de les relever, si elles sont abattues.

Dans un prochain article, nous verrons ce que deviennent ces ulcérations qui naissent pendant la grossesse ; et subsidiairement nous parlerons de l'influence de la grossesse sur les ulcérations du col qui se produisent en dehors de l'état de gestation.

Pour nous résumer, nous dirons donc :

1° La leucorrhée précède l'ulcération du col, elle lui donne naissance.

2° C'est sous l'influence de l'état congestif et du travail hypertrophique des organes pelviens que la leucorrhée se produit.

3° D'abord physiologique, elle peut devenir morbide sous l'influence de l'état général.

4° Plus de la moitié des femmes enceintes, les deux tiers à peu près, 72 sur 100, sont leucorrhéiques.

5° Les huit dixièmes à peu près des leucorrhéiques sont atteintes d'ulcérations du col : 56 sur 72.

6° La multiparité a une influence énorme sur ces ulcérations : 41 femmes multipares sur 56.

7° On doit se borner au traitement général et ne faire aucun traitement local, parce qu'il détermine souvent l'avortement.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la propylamine.—Ses propriétés chimiques et thérapeutiques.

M. le docteur V. Guibert, de Louvain, qui s'occupe de rassembler l'histoire de tous les médicaments nouveaux, vient d'adresser à la Société de médecine de Gand une note sur la propylamine, que nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs. Si le médecin belge n'avait pas omis de mentionner un article, publié l'an dernier par MM. Marchand et Girardin [1], sur la préparation de ce produit, son travail serait un document complet sur la matière; tel qu'il est, il n'en sera pas moins lu avec intérêt.

Synonymie de la propylamine. — Azoture de trityle, trityl-ammoniaque, tritylamine, métacétamine, anylamine, propyliaque, ammoniaque composée.

Origine et historique. — La propylamine est un nouveau composé organique découvert, en 1850, par M. Wertheim, en traitant la narcotine par la soude ou par la potasse caustique à la température de 220 degrés.

Cette substance chimique prend rang parmi les *alcaloïdes artificiels*, à côté de l'éthyliaque, de la méthyliaque, de l'amyliaque et de la butyriaque, corps très-voisins de l'ammoniaque, et qui peuvent être considérés comme formés par la réunion d'un équivalent d'ammoniaque et d'un équivalent d'hydrogène carboné.

La propylamine a été étudiée chimiquement par Wertheim,

---

[1] Journal de Pharmacie, t. XXXVII, p. 89.

Winckler, Dessaignes et, dans ces derniers temps, par le chimiste américain Procter. Elle a été introduite dans la thérapeutique par le docteur Awénarius, de Saint-Pétersbourg, qui en a fait un grand éloge dans le traitement des affections rhumastimales; les médecins américains la soumettent actuellement à une expérimentation suivie, et les résultats de leur pratique ne tarderont pas à nous être connus. J'ai pensé que les médecins belges ne devaient pas rester en arrière de leurs confrères des Etats-Unis, et j'ai cru utile, par la publication de cette monographie, d'attirer leur attention sur un médicament qui paraît jouir d'une action médicale très-intéressante. Pour ma part, j'ai fait préparer à Louvain de la propylamine, par un pharmacien distingué, M. Achille Van Arenbergh, et j'ai étudié avec soin l'action physiologique de ce nouvel agent thérapeutique; j'ai commencé aussi à le prescrire dans ma pratique médicale, et lorsque mon expérimentation aura été assez suivie et assez complète pour justifier un jugement définitif, je présenterai des conclusions médicales. Mon but, en ce moment, est d'engager les praticiens à faire préparer cette substance et à la soumettre au creuset de leur expérience.

Propriétés physiques et chimiques. — La propylamine est un liquide incolore, transparent, volatil, doué d'une odeur forte et pénétrante qui rappelle celle de l'ammoniaque, mais qui n'en a pas toute l'énergie; les vapeurs de propylamine, en se répandant dans l'espace, dégagent une odeur secondaire qui a la plus grande analogie avec celle de la saumure des harengs, des sardines ou des anchois. Cette substance se dissout dans l'eau à laquelle elle communique, même à l'état de dissolution très-étendue, une forte réaction alcaline; elle produit, comme l'ammoniaque, des fumées blanches, à l'approche d'un tube imprégné d'acide chlorhydrique; elle s'échauffe, au contact des acides concentrés, en se combinant avec eux.

La composition de la propylamine est la suivante : C^6H^9Az; on peut la représenter par un équivalent de propylène C^6H^6 et un équivalent d'ammoniaque AzH^3.

La propylamine forme plusieurs sels qui ont pour caractère spécifique d'exhaler, quand on les chauffe, une odeur particulière de poisson; cette odeur se développe, même à froid, si on traite le sel par la potasse qui le décompose et en dégage la propylamine. La plupart de ces sels se dissolvent dans l'eau et dans l'alcool; d'après les expériences de Winckler, le sulfate serait à peu près insoluble dans l'alcool.

L'hydrochlorate est déliquescent ; cependant, par une forte concentration, il cristallise en prismes allongés ; il donne aussi des cristaux par voie de sublimation. La solution aqueuse, mêlée avec de la potasse, dégage une odeur ammoniacale, et, en même temps, une odeur de morue ou d'écrevisse cuite ; elle a la saveur du sel marin qui a servi à saler la morue.

Préparation. — Depuis la découverte de Wertheim, la propylamine a été rencontrée dans un grand nombre de substances, aussi les procédés de préparation se sont-ils multipliés. Le moyen le plus simple et le moins dispendieux pour se procurer cette substance, en quantités assez considérables, nous paraît être le suivant.

On introduit dans une cornue ou un vase distillatoire quelconque une certaine quantité de saumure de harengs, y mêlant assez de potasse pour rendre le liquide fortement alcalin, et adaptant aussitôt un récipient condensateur contenant de l'eau bien refroidie. On chauffe et on continue la distillation, tant que le liquide qui passe exhale l'odeur de harengs.

L'eau du récipient contient à la fois de l'ammoniaque et de la propylamine ; on sature par l'acide chlorhydrique, et on évapore à une douce chaleur jusqu'à siccité. On épuise ensuite la masse cristalline par l'alcool absolu qui dissout le chlorhydrate de propylamine et laisse le chlorhydrate d'ammoniaque.

Pour extraire la propylamine de son chlorhydrate, on traite la solution alcoolique par l'hydrate de chaux ; mais il faut ici les plus grandes précautions pour refroidir et condenser les vapeurs qui se dégagent en abondance, avant même qu'on ait eu recours à la chaleur.

C'est ce procédé que j'ai indiqué à M. Van Arenbergh, et qui a été suivi par lui ; une douzaine de litres de saumure lui ont fourni quatre onces de propylamine ; ces quantités n'établissent pas un rapport définitif, une première expérimentation étant toujours susceptible de nombreuses modifications.

On peut aussi préparer la propylamine au moyen de l'ergotine ; on mêle une solution aqueuse de l'extrait d'ergot avec une solution aqueuse de potasse caustique ; on distille le mélange avec précaution et on reçoit les vapeurs dans un récipient contenant de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique. Ce procédé a été suivi par le docteur F.-L. Winckler.

Nous avons dit que Wertheim avait découvert la propylamine en traitant la narcotine par la soude ou la potasse caustique à la température de 220 degrés ; M. Anderson l'a obtenue en trai-

tant la codéine par la chaux potassée à la température de 120 à 175 degrés.

L'huile de morue, distillée avec l'ammoniaque, dégage aussi un alcali volatil que l'on considère comme étant identique avec la propylamine; aucune autre huile grasse médicale ne contient un semblable produit.

La propylamine a encore été rencontrée dans les fleurs d'aubépine (*cratægus oxyacantha*, L.), dans les fruits du sorbier (*sorbus aucuparia*, L.), arbre de la famille des rosacées; enfin, dans les différentes espèces de *chenopodium*.

Déjà, en 1817, dans une analyse bien connue du *chenopodium vulvaria*, MM. Chevalier et Lassaigne avaient annoncé que cette plante contenait du sous-carbonate d'ammoniaque tout formé; c'était le premier exemple d'un alcali libre dans le règne végétal; les auteurs en attribuaient l'origine à la décomposition d'une matière animale en putréfaction dans la plante, quoique vivante.

Enfin, dans ces derniers temps, en 1851, un chimiste français, M. Dessaignes, crut pouvoir attribuer à la propylamine l'odeur particulière, si caractéristique, de poisson pourri, exhalée par la vulvaire, et il dirigea ses recherches dans ce sens.

L'analogie entre l'odeur de cette plante et celle d'une des bases ammoniacales que nous avons déjà citées comme faisant partie de la série découverte par MM. Wurtz, Anderson et Wertheim, firent supposer à M. Dessaignes que la propylamine pouvait se rencontrer à l'état naturel dans cette plante; l'expérimentation confirma cette pensée *à priori*, en donnant naissance au dégagement de la propylamine par la distillation du *chenopodium vulvaria* mélangé à une solution étendue de carbonate de soude.

Pour obtenir la propylamine de la vulvaire, M. Dessaignes distilla 40 kilogrammes de cette plante en plusieurs opérations, tantôt avec une solution faible de potasse caustique, tantôt avec une solution de carbonate de soude. Le produit de la distillation, saturé par l'acide chlorhydrique, a été évaporé à siccité, puis traité par l'alcool concentré, qui laissa une grande quantité de sel ammoniacal sans le dissoudre. La solution alcoolique fut précipitée par le chlorure de platine. Le précipité, lavé à l'alcool, et dissous dans une petite quantité d'eau chaude, donna naissance, par le refroidissement, à la formation de gros cristaux rouge orangé d'un sel double de platine et de propylamine.

Action physiologique. — L'action physiologique de la propylamine ne me paraît pas avoir été étudiée jusqu'à ce jour; du moins,

je n'ai pu me procurer à ce sujet aucune espèce de renseignements. Les détails qui suivent résultent d'une expérimentation que j'ai faite sur moi-même.

Mise en contact avec la peau, la propylamine ne détermine aucun effet apparent; un contact prolongé pendant plus de cinq minutes ne m'a causé ni chaleur, ni rougeur; en frictions continuées pendant quelques instants avec un morceau de flanelle, elle a produit cependant une rubéfaction assez vive, mais dont la cause principale réside dans l'action du corps frottant. Son utilité en frictions me paraît résulter de la propriété qu'elle a de décrasser, c'est-à-dire de dissoudre le vernis gras qui bouche les pores de la peau; son action se rapproche donc beaucoup dans ce cas de celle de l'ammoniaque.

Appliquée sur les muqueuses, cette substance agit à la manière des caustiques; tout d'abord, on éprouve une sensation de fraîcheur à laquelle succède bientôt une vive chaleur, qui se prolonge pendant plusieurs minutes. Une goutte placée sur la muqueuse labiale m'a causé un sentiment de brûlure, en augmentant notablement le flux salivaire; à la vue, on remarque à la surface de la muqueuse une rougeur locale, puis la chute de l'épithélium et la formation d'une petite plaie.

La saveur de la propylamine peut s'apprécier, quand cette substance est suffisamment étendue d'eau; nous lui avons trouvé une saveur saline très-prononcée.

En usage interne, j'ai constaté les phénomènes suivants :

Le 14 novembre au soir, étant au lit, j'ai versé dans 4 onces d'eau de pluie 20 gouttes de propylamine; la liqueur a pris une légère teinte laiteuse; j'ai bu cette potion en quatre fois, de quart d'heure en quart d'heure; pendant cette première heure, j'ai fait quelques renvois et ma digestion a paru s'opérer plus rapidement. Le pouls a perdu un peu de sa force et est tombé de 66 à 59 pulsations; je n'ai rien éprouvé du côté de la peau, pas la moindre transpiration.

Le lendemain, à la même heure et dans les mêmes circonstances, j'ai pris une cuillerée et demie à café de propylamine dans un verre d'eau de pluie; couleur laiteuse; j'ai bu de même en quatre fois; mêmes phénomènes, diminution dans la fréquence du pouls et dans l'impulsion de la colonne sanguine; le pouls était tombé à 54.

Le lundi 21, j'ai versé dans un verre d'eau de pompe trois cuillerées à café de propylamine; le liquide a pris immédiatement la teinte laiteuse; au bout de quelques minutes, il s'était fait, sur le

fond du vase, un dépôt caillebotcux de l'épaisseur de deux travers de doigt; j'ai pris encore cette potion de la même manière, en ayant soin d'agiter chaque fois avec une cuiller. La première prise ayant déterminé une sensation de brûlure sur le parcours de l'œsophage, j'ai augmenté la dilution aqueuse; cette fois encore, le pouls a diminué de 8 à 9 pulsations. J'ai fait quelques renvois et j'ai éprouvé une douleur assez vive à l'estomac, un pincement aigu qui s'est dissipé au bout d'un quart d'heure. Si l'on voulait dépasser cette dose, d'environ 3 gros, il faudrait étendre beaucoup la solution aqueuse, car la propylamine a une action très-irritante sur la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac.

Cette potion n'est pas pénible à prendre sous le rapport de la saveur, mais son odeur forte et désagréable pourra inspirer de la répugnance à plusieurs malades. Malgré cette dernière dose assez élevée, je n'ai eu à noter ni transpiration, ni flux urinaire, ni colique, ni selles; les personnes qui m'entouraient ont remarqué une grande pâleur de la face; pour moi, bien que mis au lit, j'ai éprouvé une légère sensation de froid.

Depuis cette époque, j'ai pris à différentes reprises de la propylamine étendue d'eau distillée; ce mélange est plus convenable, parce qu'alors il ne se forme pas de dépôt; c'est, du reste, la forme sous laquelle M. Awénarius administre ce médicament; les renvois et la diminution dans le nombre des pulsations artérielles sont les phénomènes qui, par leur persistance, méritent d'être notés.

La propylamine est donc une substance légèrement excitante de la peau, caustique des muqueuses et hyposthénisante du système artériel.

Propriétés médicales. — Les propriétés alcalines de la propylamine ont fait penser que cette substance pouvait être employée à des usages médicaux; le docteur Awénarius, de Saint-Pétersbourg, est le premier qui ait songé à l'employer en médecine.

Dans l'espace de deux ans, de mars 1854 à juin 1856, il a traité avec succès, dans l'hôpital Kalinkin, plus de deux cent cinquante malades atteints de rhumatismes aigus ou chroniques; il affirme que la douleur et la fièvre ont disparu dès le lendemain de l'administration du remède.

M. Awénarius a également prescrit la propylamine, en dehors de l'hôpital, dans un nombre considérable de rhumatismes tant aigus que chroniques. Parmi les affections qui ont été traitées avec succès par ce médicament, nous citerons le rhumatisme partiel ou général, la prosopalgie rhumatismale, les métastases rhumatiques

au péricarde, aux méninges ou à la plèvre, les hémiplégies et les paralysies des extrémités inférieures.

Dans ma pratique personnelle, je n'ai encore à citer qu'un seul fait où l'administration intérieure de la propylamine a amendé des symptômes de rhumatisme général. Un second fait, assez probant, m'est personnel : pendant les journées humides du mois de novembre dernier, j'ai souffert de douleurs rhumatismales dans le genou droit, avec hypéresthésie ou sensibilité extrême et sensation de brûlure dans la peau de la cuisse, au-dessus de la rotule. J'ai fait à deux reprises des frictions locales avec un morceau de flanelle imbibée de propylamine et, en même temps, j'ai pris, deux soirs de suite, 20 gouttes de propylamine dans 3 onces d'eau distillée : la douleur a cessé rapidement et l'affection a complétement disparu [1].

Les propriétés caustiques de la propylamine nous portent à penser que cette substance pourrait être utilement employée comme modificateur des muqueuses; nous nous en sommes servi avec avantage pour cautériser des aphthes; peut-être en retirerait-on de bons effets dans le traitement du muguet; son emploi, dans cette maladie et dans d'autres analogues, nous paraît très-rationnel.

Formes et doses. — En applications sur la peau, nous conseillons de se servir de la propylamine pure; en contact avec les muqueuses, on peut, suivant les indications, l'employer soit pure, soit diluée; dans le traitement des vaginites et des blennorrhagies, cette solution pourra être essayée.

En usage interne, on doit la donner en potion dissoute dans l'eau distillée, à la dose de 20 gouttes à 1 gros et plus. Pour masquer son odeur, M. Awénarius ajoute un oléo-saccharure de menthe poivrée. Dr GUIBERT.

Procédé nouveau pour obtenir la solution de perchlorure de fer neutre et inaltérable.

Malgré les procédés nombreux publiés en ces dernières années, la thérapeutique est loin encore de posséder une solution neutre et réellement inaltérable; aussi de graves accidents à la suite de l'emploi de ce précieux agent viennent de temps en temps rappeler le *desideratum*. Un sagace pharmacien de Paris, M. Adrian, dans un travail adressé à l'Académie, a repris l'étude de la question. Voici le procédé aussi sûr qu'élégant que M. Adrian recommande à ses

---

[1] La découverte de la propylamine dans le *chenopodium vulvaria* doit appeler de nouveau l'attention des thérapeutistes sur l'étude de cette plante.

confrères pour obtenir la solution officinale de perchlorure de fer.

Le procédé que je suis déjà depuis longtemps dans mon officine, pour la solution de perchlorure de fer neutre, est très-simple. Il consiste à préparer, au moyen de l'acide chlorhydrique et des pointes de Paris, une solution de protochlorure de fer marquant 25 degrés Baumé. Pour éviter toute peroxydation du fer, cette préparation est versée aussitôt dans une série de flacons de Wolf, dans lesquels on fait arriver un courant rapide de chlore bien lavé, pendant cinq à six heures environ. Ce temps suffit ordinairement pour faire passer tout le protochlorure de fer à l'état de perchlorure de fer dans les premiers flacons qui suivent les vases laveurs. Les derniers flacons, qui ne sont pas saturés, sont mis à la place des premiers, et ceux-ci remplis par une nouvelle solution de protochlorure de fer, si l'on veut rendre l'opération continue. La solution de perchlorure de fer versée dans une capsule de porcelaine est soumise à une température qui ne doit jamais dépasser 50 degrés centigrades pendant une heure environ. Vers la fin de l'opération, on fait passer dans la liqueur un courant d'air pour enlever les dernières traces de chlore qui peuvent rester en dissolution. La liqueur obtenue marque de 29 à 32 degrés; on la ramène au degré voulu, soit en prolongeant l'évaporation, soit en ajoutant un peu d'eau distillée.

Le perchlorure de fer obtenu par ce procédé est chimiquement neutre, comme le prouvent les analyses suivantes; et des solutions conservées depuis longtemps n'ont point subi la moindre altération, tandis que le perchlorure de fer obtenu par les autres procédés s'altère dans les premiers jours qui suivent sa préparation.

La solution normale de perchlorure de fer chimiquement neutre jouit d'une limpidité parfaite sans jamais avoir été filtrée; elle n'abandonne aucun dépôt ocreux avec le temps, et la coloration est jaune safranée. Elle produit une astringence excessive sans avoir la saveur acide de toutes les autres solutions de perchlorure de fer; elle contient pour 100, à 30 degrés Baumé :

Eau..............................	74
Perchlorure de fer anhydre...........	26

Moyenne de trois analyses de la solution normale de perchlorure de fer neutre, marquant 30 degrés Baumé :

Nombre trouvé en opérant sur 2 grammes de solution et ramené à 100 parties :

				Calcul.
		Chlore......	16,989	16,959
Oxyde de fer......	12,80	Fer.........	8,960	8,976

Ces résultats sont tout à l'avantage du procédé et prouvent que la solution de perchlorure de fer obtenue en suivant les précautions que je viens d'indiquer est bien chimiquement neutre.

Sirop de sulfate de magnésie.

Le conseil donné par quelques médecins italiens, d'administrer le sulfate de magnésie à doses fractionnées, dans le traitement de l'ascite, a suggéré à M. Diderot l'idée de préparer un sirop, dont voici la formule :

Sulfate de magnésie................	150 grammes.
Eau..............................	500 grammes.
Sucre blanc.......................	1 kilogramme.

F. S. A.

Ajoutez au sirop refroidi :

Teinture d'anis.....................	gouttes, n° 20.

Mêlez.

Ainsi formulé, ce sirop contiendra sensiblement 3 grammes de sel par once; il pourra donc être administré comme diurétique avec la plus grande facilité aux malades dont l'estomac se refuse à ingérer les quantités énormes de liquide dans lesquelles on fait prendre ordinairement le nitrate de potasse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la diète respiratoire dans le traitement des maladies de poitrine (1).

Lettre à M. le docteur Debout, par M. le docteur Sales-Girons.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous adresse un résumé presque linéaire du travail que j'ai

(1) Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. le professeur Bouillaud a lu un savant rapport sur un mémoire présenté par M. Sales-Girons, sous le titre : *De la diète respiratoire*. — L'idée nouvelle contenue dans ce mémoire et le moyen facile de la réaliser en thérapeutique nous font un devoir d'en donner connaissance à nos lecteurs. L'article qu'on va lire est le résumé de cette étude fait par l'auteur même.

On a vu, dans un de nos derniers numéros, comment M. Sales-Girons est parvenu à introduire les médicaments dans les voies respiratoires par la pulvérisation des liquides. Aujourd'hui il vient modifier l'oxygène, qu'il croit la cause d'entretien et d'exaspération des lésions aiguës ou chroniques qui ont leur siége dans ces mêmes voies. *(Note du Rédacteur.)*

présenté à l'Académie, sous le titre : *Diète de la respiration*, et sur lequel M. le professeur Bouillaud a bien voulu faire un rapport trop flatteur pour ma personne et ma théorie.

Le mot *diète respiratoire* a quelque chose qui semble répugner aux usages et même blesser les premières notions physiologiques de la fonction dont il s'agit ; mais après avoir fait la part de ce que la respiration a de nécessaire pour l'hématose et pour la vie organique dont on l'a fait synonyme, rien n'est plus facile et je dirai plus vulgaire que de soumettre cette même respiration à une réelle et véritable diète. Seulement il semble qu'en faisant tout ce qu'il faut pour cela, c'est-à-dire en ordonnant cette diète, les médecins n'y aient point songé, et qu'ils aient fait, comme on dit, de la prose sans le savoir.

Un exemple : mais d'abord quel est l'élément, quel est le *pabulum* de la respiration ? C'est l'air, mais dans l'air c'est l'oxygène, car l'azote, si on me permet l'analogie, n'est dans l'atmosphère que pour en faire de l'*abondance* : c'est comme quatre parties d'eau qu'on met avec une partie de vin pour l'ordinaire des enfants ; la nature est pleine de ces économies. De sorte que pour mettre la respiration à la diète, il suffirait d'atteindre la quantité et les qualités de l'oxygène atmosphérique respiré. Voyons pour la quantité, nous verrons ensuite pour les qualités.

Eh bien, je répète que rien n'est plus facile que la diminution quantitative de cet oxygène. Supposons seulement que l'homme passe dans un milieu plus chaud que celui qu'il quitte : ce changement seul, par le fait de la dilatation de l'atmosphère, va présenter une quantité relative fort appréciable en moins d'oxygène.

Ainsi, l'été comparé à l'hiver sera un temps de diète respiratoire représentée par des centaines de litres en moins de cet élément dans les vingt-quatre heures, et tout cela par le fait de l'augmentation de volume que prend l'air en passant de 0 à 30 degrés centigrades, par exemple, et l'homme, selon la physiologie, respirant à peu près les mêmes volumes d'air, qu'il soit froid ou chaud.

Mais que dirons-nous de cette diminution d'oxygène en été, si nous savons qu'en hiver la respiration générale produit trois fois plus d'acide carbonique, à cause de la calorification nécessaire de l'organisme, et que la consommation d'oxygène doit être directement proportionnelle à cette production carbonique.

Voilà donc que, par le seul fait du séjour de l'individu dans un endroit plus chaud, on effectue une diète d'oxygène qu'on peut

rendre considérable ; les calculs vont jusqu'à l'exprimer par un dixième et plus de la quantité ordinaire.

Maintenant est-ce chose bien difficile que d'élever la température de l'air pour en augmenter le volume au profit d'un malade de la poitrine? Est-ce un problème à résoudre que celui d'instituer une chambre à 20 degrés quand il gèle au dehors? Passons outre sur ces questions, pour la solution desquelles il suffit presque de la nature, et voyons les commencements de l'art; nous voulons parler de l'application de la cravate appelée *cache-nez;* nous arriverons ainsi naturellement au petit appareil qui dessert notre diète respiratoire.

L'origine de cette vulgaire pratique, fondée , selon l'expression de M. le professeur Bouillaud, sur le sentiment de la plus saine hygiène, doit se perdre dans les origines de la médecine même. Avant le *cache-nez,* et pour se prémunir contre l'effet du froid sur les organes respiratoires, on a longtemps appliqué son mouchoir sur la bouche; avant le mouchoir, ce dut être le manteau, et avant le manteau probablement autre chose comme la main; nous remonterions ainsi très-haut.

Eh bien! qu'est-ce que cette pratique, sinon un moyen de diète respiratoire?

Je sais que l'on a cru que c'était le froid par lui-même qui causait les rhumes et les irritations des bronches, et l'on cherchait ainsi à se préserver du froid; mais c'était là une erreur, ou plutôt ce n'était pas toute la vérité. Mieux éclairés aujourd'hui, ce n'est pas la température seule que nous accusons, mais aussi et surtout l'excès d'oxygène qu'il y a dans l'air froid et l'intensité d'action que possède ce gaz, à ces degrés inférieurs du thermomètre, sur les muqueuses pulmonaires.

Dès lors le cache-nez cumule une autre intention, et celle-ci se trouve plus conforme aux enseignements de la physiologie. Le cache-nez échauffant l'air lui donne à la fois plus de volume, c'est-à-dire diminue la quantité d'oxygène respiré, et en rend l'impression plus douce sur les organes. Nous ne faisons pas autrement, si vous voulez, mais nous savons mieux ce que nous faisons, et c'est là ce qui distingue la science de l'empirisme.

Le cache-nez serait encore un moyen de plus grande diminution dans la quantité d'oxygène. En effet, augmentez les plis de l'étoffe sur la bouche, et vous pourrez arriver par cette multiplication jusqu'à empêcher l'air extérieur de pénétrer en quantité suffisante, et alors la respiration sera obligée de reprendre une partie de l'air qu'elle a rendu, c'est-à-dire un air fort désoxygéné.

Il serait absurde d'arriver jusqu'à ces extrêmes, mais c'est pour faire voir que le cache-nez peut servir à produire une diète d'oxygène telle qu'au lieu des 21 pour 100 que contient de ce gaz l'atmosphère extérieure, l'individu n'en respire que 20 ou 19, ce qui est sans danger ; car dans les étables à vaches, si recommandées comme séjour des poitrinaires, et dans les salles de respiration à l'eau sulfureuse des établissements thermaux, l'air confiné ne contient que ces derniers chiffres d'oxygène, et les malades s'y trouvent à leur aise, ils y guérissent même parfois.

Le cache-nez, en échauffant l'air respiré, en développant son volume, en faisant respirer de nouveau une partie de l'air expiré, est donc le principal moyen de la diète respiratoire que nous proposons pour les maladies de poitrine. Nous verrons plus loin le perfectionnement que nous y apportons pour le compléter. En attendant, constatons que l'homme qui en est muni peut se promener par des températures au-dessous de zéro, et néanmoins respirer un air à 20 degrés, comme dans la chambre la mieux calfeutrée. Il n'y a pas d'hiver pour le poumon avec un cache-nez.

Rappelons-nous bien que tout ce qui vient d'être dit n'avait pas d'autre objet que celui de faire voir et comprendre que rien n'est plus aisé que d'instituer une *diète respiratoire*. Ceci était nécessaire pour l'intelligence de ceux qui n'ont entendu parler de diète que pour la digestion, et qui, parce que *respirer* a été fait synonyme de *vivre*, n'avaient pas songé qu'on pût rien retrancher au *pabulum* de la respiration. Si nous avions calculé par chiffres, nous leur aurions montré que pour l'individu vivant dans un milieu comme une étable à vaches, en hiver par exemple, la ration d'oxygène dans les vingt-quatre heures peut être amoindrie de 200 ou 300 litres, comparée à la ration qu'il en respirerait s'il vivait à l'air libre du dehors.

Sur les 2,000 litres de ce gaz qui pénètrent dans la poitrine, à l'état ordinaire, cette diminution est déjà quelque chose, surtout si l'on songe qu'elle équivaut, sous le rapport de la respiration, à un changement climatérique du Nord au Midi pour le malade. Eh bien, le cache-nez peut produire les mêmes effets pour celui qui le porterait d'une manière continue. Nous ne disons pas au praticien ce qu'il doit obtenir, mais bien ce qu'il pourrait obtenir de ce moyen. C'est à lui de déterminer la dose convenable de cette diminution, selon les cas et les sujets. Nous désignons l'instrument, nous comptons ce qu'il peut : qu'on en use selon les indications ; le médicament ne supprime jamais le médecin, au contraire.

Faisons ici cette remarque qui est un des principaux arguments de notre méthode diététique : c'est que tout l'oxygène qui sert à la respiration ne sert pas à l'hématose. Des 21 pour 100 de ce gaz que l'inspiration attire dans le poumon, l'expiration en rend 14. Ainsi les bronches reçoivent le contact de trois fois plus d'oxygène que n'en consomme l'organisme. Or, dans notre opinion, c'est ce contact sur des muqueuses lésées qui est nuisible; c'est donc sur la quantité totale inspirée que doit porter notamment notre diète. La physiologie d'ailleurs vient nous tranquilliser, en nous apprenant que l'hématose ne souffrirait guère de ce que l'air respiré ne contiendrait que 20 ou 19, au lieu de 21 ; l'organisme se fait à peu près son compte avec le plus et le moins. Toutefois, dans notre pensée, l'hématose doit éprouver une diète lorsque la respiration elle-même l'éprouve, et c'est ce que nous voulons aussi.

Quelle intention a eue la nature en prenant trois fois plus d'oxygène pour la respiration qu'il n'en faut pour l'hématose et la calorification ? L'intention doit être bonne, c'est tout ce que nous pouvons répondre, mais seulement dans l'état de santé, c'est-à-dire lorsque les organes qui nous occupent ici sont dans les conditions d'intégrité. L'impression de l'air sur les tissus sains est toujours favorable; en pouvons-nous dire autant sur les tissus lésés, sur les plaies, sur les inflammations, sur les suppurations, etc. ? Nullement, répond la théorie de la méthode sous-cutanée, la mieux constatée de toutes les théories. Posons une analogie pour faire saisir cette différence d'impression.

Lorsqu'un fruit encore sur l'arbre est parfaitement sain, tous les éléments de l'air lui sont favorables et concourent à son développement normal. En est-il de même lorsqu'il est malade ? Nullement : dès qu'il a reçu une contusion ou la piqûre d'un insecte, le même air, qui lui était si utile, devient la cause de son altération rapide ; et c'est par la piqûre ou la contusion, notez-le bien, que l'altération va commencer pour en gagner de proche en proche le parenchyme. Achevons enfin et reconnaissons que c'est principalement par l'élément oxygéné de l'air que se fera la fermentation et la corruption dans ce fruit.

La conclusion de cette analogie serait que ce qui est bon en *hygiène*, ou dans l'état de tissus sains, peut être mauvais dans la *diète*, ou dans le cas de tissus lésés. C'est que toute lésion de surface organique, épiderme ou épithélium, est un foyer de combinaison malsaine avec l'oxygène, l'élément provocateur de toutes fermentations et putréfactions. Un beau sujet de thèse physiologique

serait celui de savoir les rapports d'action réciproque qu'il y a entre une plaie ou une inflammation et l'oxygène de l'air. Contentons-nous du fait observé, et sachons que cette réciprocité est funeste à l'organe qui en est le siége; rien n'est mieux constaté. Voyez en effet le soin que prend la nature médicatrice de mettre à couvert toute lésion de surface en contact avec l'atmosphère; je ne parle pas de l'art qui n'a cessé d'imiter la nature, lors même qu'il ne s'est pas rendu raison de ce qu'il faisait. Une couche de collodion sur une congestion superficielle y fait avorter l'inflammation et ses conséquences; n'en pouvant faire autant sur les angines et les bronchites, tâchons de notre mieux d'y adoucir l'impression atmosphérique à cause de l'oxygène.

Mais rentrons dans le sujet et constatons que s'il ne s'agissait, pour instituer une diète respiratoire, que de la possibilité d'atteindre l'oxygène en quantité, ce point serait acquis, puisqu'il vient d'être prouvé que la chose est non-seulement possible, mais aisée, et j'ajouterai mise en pratique depuis longtemps. Reste maintenant à voir, comme en toute diète la question porte sur la quantité et la qualité du pabulum, reste à voir, dis-je, comment nous pouvons atteindre l'oxygène dans ses qualités phlogistiques sur l'organisme.

Cette deuxième partie de notre diète est d'une certaine importance; car si nous parvenions à produire cette modification qualitative, si nous parvenions, dis-je, à mitiger, adoucir ou atténuer les propriétés excitantes de l'oxygène, nous pourrions moins nous attacher à le diminuer en quantité, et peut-être ainsi satisferions-nous mieux ceux qui peuvent tenir à ne pas trop amoindrir cette quantité en certaines circonstances et dans certaines dispositions. Il faut songer à tout en thérapeutique, où les cas sont si divers ainsi que les tempéraments.

Ici nous pouvons abréger et dire sans préambule que le goudron est l'agent modificateur des qualités phlogistiques de l'oxygène de l'air.

La tradition séculaire témoigne que cette substance et ses congénères provenant du pin et du sapin n'ont pas cessé de servir la médecine vis-à-vis des affections chroniques de la poitrine. Les émanations de goudron enfin sont restées comme le mode d'administration supérieure de ce produit. On charge l'atmosphère d'une chambre de ces émanations, et l'on en fait le séjour d'un malade. Nous avons publié, dès 1845, un volume sur ce mode de traitement, et dans ce volume nous émettions déjà la présomption que, dans ce

mélange atmosphérique, les vapeurs de goudron devaient avoir pour effet de modifier l'action de l'oxygène sur les lésions organiques.

Quinze années après, nous avons cherché à justifier ces présomptions, et nous avons la satisfaction de dire que nous y sommes parvenu. L'expérience probante du fait a été communiquée par M. le professeur Bouillaud à l'Académie de médecine.

Selon cette expérience, il est acquis que dans l'air goudronné le phosphore, le corps pour lequel l'oxygène de l'air a le plus d'affinité, suspend sa combustion lente avec ce gaz et ne se combine en aucune proportion avec lui aux températures ordinaires.

Que se passe-t-il donc dans l'air qui est, même légèrement, imprégné des émanations spontanées de goudron, pour que l'oxygène soit rendu inerte à l'égard du phosphore? Les chimistes ont d'abord nié ce fait d'observation nouvelle; aujourd'hui ils cherchent à l'expliquer chimiquement: c'est leur affaire. Pour nous, médecin, quand nous en avons induit que les propriétés comburantes de l'oxygène en sont modifiées et que partant son action phlogistique sur les lésions en est atténuée, cela nous suffit. Et nous expliquons ainsi pourquoi le goudron était efficace dans les maladies de poitrine, et pourquoi les atmosphères goudronnées sont d'un séjour utile pour les malades de cette catégorie.

Les deux termes obligés de toute vraie diète sont donc acquis à la diète respiratoire. Le *pabulum* de la respiration peut être modifié en quantité et en qualité, et j'ajoute que nous n'apportons rien de nouveau dans la pratique, si ce n'est l'interprétation rationnelle du fait, qui manquait aux praticiens.

1° Echauffer l'air respiré pour lui donner du volume, et partant faire que, dans chaque inspiration, il y ait moins d'oxygène.

2° Mêler à l'air respiré des émanations de goudron, et, par ce moyen, rendre l'action de l'oxygène plus douce sur les muqueuses lésées.

Tels sont les deux articles fondamentaux de la diète respiratoire, et tels sont les moyens de la réaliser. Ce que nous allons y joindre pour terminer ne fait qu'en simplifier et perfectionner l'application pratique.

Nous avons vu ci-dessus que le cache-nez, utilisé, comme l'a dit M. Bouillaud, pour la plus saine hygiène, pouvait servir à réchauffer l'air respiré, et, par la multiplication des doubles de son tissu, raréfier encore plus la quantité d'oxygène. Si donc, au centre de ce cache-nez et à la partie opposée aux lèvres et aux narines,

nous disposions un peu de goudron, dont les émanations se mêleraient à l'air attiré par l'inspiration et en mitigeraient les propriétés oxygénées sur les bronches, n'aurions-nous pas cumulé dans un appareil des plus portatifs toutes les conditions requises de notre diète respiratoire?

C'est ce que nous avons tenté le premier. Au lieu de ces cravates cache-nez qui enveloppent le cou, quand on ne veut son effet que sur la bouche, nous avons fait un petit appareil qu'un cordon retient derrière les oreilles et qu'on porte adapté sur les lèvres et les narines. M. Bouillaud, en le montrant à l'Académie, a dit qu'il n'est pas plus gênant à l'usage que des lunettes, et cela est vrai.

Du reste, cette modification avait déjà été faite chez les Allemands et les Anglais, et même en France, par M. Ferrand, pharmacien distingué de Lyon. Le *spirotherme* de celui-ci nous semble remplir son but avec quelque supériorité sur les *respirators* anglais. Nous n'aurions eu donc qu'à choisir entre tous ces petits appareils divers et à y ajouter ce qu'il fallait pour remplir l'idée de notre diète; car, remarquons-le en passant, jamais jusqu'ici l'intention des auteurs de ces *respirators* n'avait été plus loin que l'idée tout empirique d'échauffer l'air respiré, ainsi que l'exprime la dénomination même de *spirotherme* donnée au plus parfait.

La raison de cet échauffement était dans ce cercle vicieux que l'air froid était nuisible sur les bronches malades ou affaiblies. Mais pourquoi la chaleur est-elle utile et le froid nuisible? On n'alla pas jusqu'à cette question, encore moins jusqu'à celle de l'oxygène, qui touche immédiatement à celle de la diète respiratoire. Ce qui a empêché d'arriver à ce terme, il n'en faut pas douter, c'est l'opinion banale que la respiration ne pouvait pas être mise à une diète, non plus que ses organes à un certain repos.

Bref, n'ayant rien à inventer pour l'appareil, nous avons pris seulement une forme plus simple, des tissus moins recherchés, et nous y avons fait une place pour y loger une mèche imbibée de goudron ou de coaltar, car celui-ci a la même propriété sur l'oxygène que le goudron.

Qu'on se figure donc deux feuilles d'un tissu de crin, de la grandeur nécessaire pour s'adapter sur les lèvres et le bord des narines (la grandeur de la paume de la main); entre les deux tissus et à la partie inférieure, est disposé un petit canal dans lequel se trouve le goudron. On applique le tout au moyen de deux cordons élastiques passés derrière les oreilles, et la diète s'effectue quasi naturellement.

On comprend facilement ce qui doit avoir lieu lorsqu'on porte notre petit appareil. D'abord le passage de l'air n'en éprouve pas le moindre obstacle, et le son de la parole n'en est pas même modifié. Le goudron, échauffé par son voisinage des lèvres et la température de l'air expiré, exhale son émanation entre les deux tissus; l'air extérieur, entrant par le fait de l'inspiration et obligé de traverser un espace chargé de cette émanation, subit l'influence de celle-ci, et son oxygène éprouve la modification voulue ; c'est-à-dire que, rendu inerte à l'égard du phosphore, il doit être moins actif dans son impression phlogistique sur les muqueuses lésées de la poitrine; surtout si l'on songe que, dans l'acte de la respiration, la physiologie a découvert tout récemment une opération vitale dans laquelle le phosphore de l'organisme joue un rôle important.

On a vu plus haut que la température de l'air s'élève dans le cache-nez ; il doit en être de même dans notre petit appareil. Ainsi donc, l'air augmentant de volume, l'oxygène doit y être en moindre quantité; et c'est ce qui complète la diète, dont les deux conditions requises sont que le *pabulum* soit modifié en qualité et en quantité.

Comme il a été dit à l'Académie par l'éminent rapporteur :

« Cette double modification pour une seule inspiration serait sans doute fort minime ; mais si l'on réfléchit que l'appareil peut être porté une grande partie de la journée, et même durant le sommeil au besoin, l'effet se multiplie et prend les proportions d'un traitement qui équivaut à un séjour dans une atmosphère appropriée. »

Il est certain que si l'usage de ce petit appareil était adopté, comme il l'est en Allemagne et en Angleterre, il réaliserait la solution de ce problème : Faire qu'un malade emporte avec lui l'air respirable qui lui convient.

Mais dans la vie domestique et dans nos habitudes, on trouvera toujours assez de temps pour porter l'appareil et s'appliquer les bénéfices de la diète qui l'accompagnent, soit dans le traitement curatif de maladies chroniques, soit dans celui des affections aiguës, comme le croup et les angines, dans l'exaspération desquelles lésions l'oxygène joue le rôle principal.

Je crois, mon cher confrère, que lors même qu'il ne resterait rien des moyens pratiques indiqués dans cet aperçu, l'idée de la *diète respiratoire* restera dans la thérapeutique, comme une théorie dont la réalisation est destinée à rendre les plus grands services.

Les lésions de la muqueuse bronchique sont, par l'incessant va-et-vient de la respiration, les plus exposées et les plus à découvert

des lésions. Elles rentrent donc dans la catégorie de celles sur lesquelles l'impression de l'air et le contact multiplié de l'oxygène sont le plus à redouter. J'indique les procédés rationnels pour atténuer ce contact et cette impression. J'aurai institué le fond : que d'autres le perfectionnent. Dr SALES-GIRONS.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉPILEPSIE. — Tel est le titre d'une très-intéressante note que M. Trousseau vient de lire à l'Académie de médecine, et que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs. La proposition clinique du sagace professeur est sans contredit entachée d'exagération, car beaucoup d'autres maladies peuvent donner lieu au même accident, témoin certaines altérations du cœur et des gros vaisseaux (Bouillaud), certaines maladies du poumon (Piorry), les paralysies générales progressives (Tardieu), le ramollissement aigu du cerveau (Durand-Fardel); nous devons ajouter l'albuminurie. Quoi qu'il en soit, les remarques présentées par M. Trousseau sur l'inanité des moyens de traitement habituellement mis en œuvre contre ces congestions apoplectiformes n'en restent pas moins évidentes, et les émissions sanguines et les révulsifs sont plus nuisibles qu'utiles. Voici le discours de M. Trousseau.

Il y a une opinion, on le sait, qui a cours dans la science, c'est que la congestion cérébrale apoplectiforme est une maladie commune. C'est une chose si bien établie, si bien acceptée, que l'on a mauvaise grâce à paraître en douter. Pendant deux années d'internat que j'ai passées à la maison des fous de Charenton, j'ai vu ou cru voir un assez grand nombre de congestions apoplectiformes; je croyais en avoir vu depuis cette époque un certain nombre, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique privée; mais, depuis quinze ans, je n'en vois plus. Pourtant mes confrères en voient tout autant qu'auparavant. Il faut donc, ou que je me trompe, ou qu'ils se trompent. Il est bien clair que je ne puis avoir une autre idée, sinon que l'erreur est de leur côté : autrement je changerais d'avis. Voyons donc. Un homme, avec ou sans symptômes préalables, tombe subitement frappé d'apoplexie; on le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assu-

rée. Le lendemain tout est fini. On dit que le malade a eu une congestion cérébrale apoplectiforme. Je l'ai dit comme les autres ; il y a quinze ans que je ne le dis plus.

Un autre, tout à coup, en marchant, a un étourdissement, il cesse de voir, de parler, il marmonne quelques mots inintelligibles; il chancelle, il tombe quelquefois, pour se relever incontinent. Cela a duré quelques secondes : il ne reste plus qu'un peu de pésanteur de tête, quelquefois une obnubilation intellectuelle momentanée, et trois ou quatre minutes suffisent pour que tout rentre dans l'ordre. On dit que ce malade a eu une congestion cérébrale légère. Je l'ai dit comme les autres; il y a quinze ans que je ne le dis plus.

Pourquoi donc ai-je changé d'idée? Ce n'est certes pas par amour du paradoxe; c'est que des faits ont fait entrer forcément dans mon esprit une lumière nouvelle. Un de mes amis, en 1845, fut trouvé dans son lit sans connaissance. Le visage était turgescent, violacé; l'intelligence, les mouvements, la sensibilité étaient abolis ; il y avait de la sterteur. C'était un homme vigoureux de quarante-deux ans. Depuis quand était-il dans cet état? c'est ce que sa femme ne pouvait dire ; elle avait été réveillée par un ronflement étrange, et elle m'avait envoyé querir. Déjà, à cette époque, j'avais renoncé aux saignées dans l'apoplexie. Je fis mettre le malade dans la position demi-assise; je fouettai le visage avec un mouchoir mouillé d'eau froide, j'appliquai deux ligatures au haut des cuisses, pour retenir momentanément une grande quantité de sang veineux dans les vaisseaux des membres abdominaux, et j'attendis. Une heure s'était à peine écoulée que les mouvements étaient revenus, la sensibilité se rétablissait, et le malade répondait pertinemment aux questions qui lui étaient faites. Le lendemain, à une forte courbature près, il ne restait rien de tout cet orage.

A quelque temps de là, on me vint chercher en toute hâte, pour un de mes voisins âgé de soixante-dix ans qui, sur le boulevard, avait été frappé d'apoplexie. Il était resté un grand quart d'heure sans connaissance. J'arrivai au moment où il revenait à lui. Il ne me reconnaissait pas encore, promenait autour de lui des regards hébétés, et agitait ses bras et ses jambes, sans avoir conscience de ce qu'il faisait. Les lèvres et le nez étaient gonflés, les yeux injectés. Peu à peu tout se rétablit, sans que j'eusse à faire aucune médecine active : ce fut l'affaire de quelques heures. Le valet de chambre me raconta alors que son maître avait eu déjà plusieurs fois des atta-

ques de ce genre, depuis deux ou trois ans, et que ces accidents s'étaient dissipés de la même manière, une fois à la suite d'une saignée, les autres fois après un bain de pieds sinapisé.

La même année je voyais en consultation, dans mon cabinet, un avoué de province, âgé de trente-cinq ans, qui, depuis six mois, avait eu trois attaques d'apoplexie. Il avait été saigné les trois fois, et il s'en félicitait beaucoup; on l'avait purgé, on lui mettait chaque mois quelques sangsues au siége. La dernière attaque avait eu lieu comme il remontait chez lui, après une importante plaidoirie. La tête avait frappé sur les marches de l'escalier et le malade portait encore les traces d'une blessure assez profonde qu'il avait au front. L'intelligence, d'ailleurs, la sensibilité, les mouvements, ne laissaient rien à désirer au moment où je voyais le malade; et les accidents apoplectiformes avaient duré tout au plus une heure.

Je crois malaisément aux apoplexies chez les gens de trente-cinq ans, surtout quand ces apoplexies se répètent tous les deux mois : tout de suite l'idée de l'épilepsie se présenta à mon esprit, et je fis part de mes craintes à celui de mes confrères qui m'avait adressé le malade. Il me fut répondu que rien ne légitimait mes soupçons, que jamais on n'avait vu de convulsions; je tins bon pour mon diagnostic, et peu après, en pleine audience, le pauvre avoué fut pris d'une grande attaque de mal caduc, qui ne laissa malheureusement de doutes dans l'esprit de personne; il fut forcé de quitter sa profession.

Cependant mon attention était éveillée; je me demandais si tant de gens que j'avais vus avec des congestions cérébrales apoplectiformes n'étaient pas des épileptiques, et je me tins sur mes gardes.

Mon premier malade eut bientôt d'autres attaques, et maintenant il a quelquefois jusqu'à quatre et cinq attaques d'épilepsie par jour, et bien souvent des vertiges de petit mal; sa vue est perdue, son intelligence profondément altérée. Quant au vieillard dont j'ai sommairement aussi raconté l'histoire, il vit encore, et, presque chaque année, il a eu une ou deux de ces attaques. Depuis sa chute sur le boulevard, il ne sort jamais sans un domestique, et celui-ci m'a raconté qu'au moment où son maître est gisant à terre, il y a des grimaces dans le visage, des secousses dans l'un des bras, qui ne durent guère qu'une minute, mais qui suffisent amplement pour caractériser l'épilepsie.

Depuis cette époque, toutes les fois que j'ai été consulté pour une personne atteinte de congestion cérébrale apoplectiforme, j'ai recherché avec le plus grand soin si, de temps en temps, pendant le

jour, il y avait des vertiges subits, rapides, avec les caractères que j'ai indiqués plus haut; si ces attaques de congestion n'étaient pas plutôt nocturnes que diurnes; si, au début de l'accident, il n'y avait pas eu des mouvements nerveux, et presque toujours, lorsque le mal avait frappé en présence de témoins, les convulsions pouvaient être reconnues. Lorsque la congestion avait eu lieu la nuit, pendant le sommeil, j'apprenais que les urines s'étaient quelquefois écoulées involontairement, que, pendant quelques jours, la langue avait été douloureuse. Le visage, le front, le cou avaient été couverts de petites taches ecchymotiques, ressemblant à des piqûres de puce. J'apprenais surtout que les accidents revenaient à des intervalles assez rapprochés, ne laissant d'ailleurs aucune trace persistante. En un mot, l'épilepsie apparaissait évidente quand on la cherchait, quand on voulait la trouver.

Il n'y a pas de mois que, dans mon cabinet, je ne voie quelques malades accusés d'apoplexie, qui sont des épileptiques.

Il n'y a peut-être pas de semaine que je ne sois consulté par des gens adultes, vieillards ou enfants, atteints de vertiges comitiaux et qui me sont adressés comme ayant des congestions cérébrales faibles. Et quoique l'épilepsie, dans toutes ses formes, soit aujourd'hui mieux connue qu'elle ne l'était il y a vingt-cinq ou trente ans, cependant bien des médecins se refusent à croire à une aussi terrible maladie, et, s'ils la reconnaissent, ils ne veulent pas dire à la famille ce qu'ils en pensent, et préfèrent nous laisser cette triste mission. Bien souvent le vertige comitial se révèle par des accidents, toujours attribués à la congestion cérébrale et sur lesquels les médecins qui s'occupent du traitement des aliénés ont déjà, depuis longtemps, appelé l'attention de leurs confrères. Après l'attaque vertigineuse, il est assez commun de voir les malades délirer pendant quelques minutes; le délire peut même durer un temps assez long.

Les annales judiciaires, les archives de la préfecture de police sont remplies de suicides et de meurtres attribués trop souvent par les médecins à ce qu'ils appellent des congestions cérébrales, tandis qu'il les faut imputer à l'épilepsie. On peut dire, presque sans crainte de se tromper, que si un homme sans aucun trouble intellectuel préalable, sans avoir jusqu'ici donné aucun signe de folie ou de fureur, sans être empoisonné par l'alcool ou par toute autre substance qui exerce une action énergique sur le système nerveux, se suicide ou tue quelqu'un, on peut dire que cet homme est un épileptique, et qu'il a eu une grande attaque, ou bien, ce qui est

plus ordinaire, un vertige comitial. Ces actes étranges sont, je le répète, attribués par la plupart des médecins à des congestions cérébrales passagères, par cela même que la grande attaque est quelquefois méconnue, et que le vertige l'est presque toujours.

Il est une cause qui fait le plus souvent méconnaître l'épilepsie : c'est la répugnance qu'ont les familles à révéler même aux médecins cette triste maladie. Lors même qu'une mère a été témoin d'une grande attaque, elle refuse de croire à l'épilepsie, et si le médecin l'interroge, elle parlera du coma, de la perte de connaissance, mais elle dissimulera le plus souvent les convulsions. Elle demandera secours contre les accidents qui suivent l'attaque ; mais elle ne voudra pas laisser soupçonner la triste vérité. J'ai été souvent consulté par des personnes qui savaient à merveille qu'elles étaient atteintes d'épilepsie, mais qui ne me parlaient que de congestion ; des femmes dissimulaient l'état de leurs maris, des maris dissimulaient l'état de leurs femmes, et le plus souvent, les parents, les symptômes éprouvés par leurs enfants.

Le médecin est donc sans cesse trompé quand il s'agit d'épilepsie : il l'est par le malade lui-même, qui ne sait rien de son attaque, sinon qu'il a perdu connaissance et qu'il est resté plusieurs heures dans un état de demi-stupidité; il est trompé par les parents, qui se résolvent malaisément à avouer, à s'avouer à eux-mêmes qu'ils ont parmi les leurs un épileptique; il est trompé par les souvenirs de sa première éducation médicale, pendant laquelle on lui a dit et répété que la congestion cérébrale apoplectiforme était une maladie commune. Ne soyons donc pas étonnés si la congestion est encore si généralement acceptée.

Il est, j'en conviendrai, une forme convulsive qui peut en imposer pour une congestion cérébrale. Il arrive, quoique bien rarement, que, au début d'une attaque d'épilepsie, la période tonique, c'est-à-dire celle pendant laquelle les muscles de la poitrine conservent une rigidité absolue, il arrive, dis-je, que cette période tonique dure deux, trois minutes, au lieu de durer seulement quinze à trente secondes, et les individus meurent par asphyxie, comme meurent les tétaniques dans un paroxysme, comme meurent les animaux empoisonnés par les strychnées, ainsi que l'a si bien démontré notre collègue M. Ségalas, il y a près de quarante ans. Comme, dans ce cas, il n'y a pas eu de convulsions cloniques, celles que les gens étrangers à notre art connaissent le mieux, comme, pendant toute la durée de la convulsion tonique, le visage a été turgescent, les vaisseaux du cou ont été distendus et comme noueux,

comme, de fait, il y a eu une énorme congestion, mais une congestion toute passive analogue à celle que produit l'effort, on croit avoir eu affaire à une congestion active lorsque, en fin de compte, il ne s'est agi que d'une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie. Que nos collègues qui s'occupent le plus des maladies des femmes en couches et des enfants recueillent leurs souvenirs, et probablement ils partageront mon opinion.

Dans la dernière séance, M. le docteur Menièro nous a lu un travail plein d'intérêt, et qui a trait à la question qui nous occupe. Il a observé depuis longtemps un grand nombre de malades qui sont pris subitement de vertiges, de nausées, et même de vomissements; qui tombent à terre, après avoir marché comme des hommes ivres, et se relèvent difficilement, restant pâles, couverts d'une sueur froide, prosque lipothymiques, et voient se renouveler ces accidents un grand nombre de fois. Les premières attaques sont considérées comme une congestion cérébrale, on les traite vigoureusement par des saignées, des sangsues, des purgatifs; les rechutes fréquentes modifient peu à peu le diagnostic, mais les malades s'en inquiètent énormément, surtout les médecins, les gens instruits, bien entourés, ceux qui savent la gravité des lésions cérébrales.

Dans l'immense majorité des cas, les malades affectés de ces troubles cérébraux s'aperçoivent bientôt de bruits dans les oreilles, souvent même l'ouïe devient faible, et ces bourdonnements conduisent chez le médecin de l'Institution des sourds-muets de Paris les personnes qui veulent se débarrasser de cette incommodité. Il est facile de constater alors qu'une oreille, souvent même les deux, sont singulièrement affaiblies, et M. Menière a recueilli par centaines des observations établissant que ces prétendues lésions cérébrales sont bien véritablement des lésions de l'appareil auditif. Il a poursuivi cette recherche avec un soin extrême, et il est parvenu à établir que le point de départ de ces phénomènes est dans l'oreille interne. Nous laisserons notre confrère apporter ici le résultat d'une étude d'un si haut intérêt. Il nous suffira de dire que la plupart des accidents, si mal à propos désignés sous le nom de *congestion cérébrale apoplectiforme*, ont leur siége dans les canaux demi-circulaires; que les lésions de ces organes déterminent les vertiges, les vomissements sympathiques, provoquent la résolution des membres, la perte subite de connaissance; en un mot, que beaucoup de prétendues lésions cérébrales appartiennent exclusivement à l'organe de l'audition.

Il est encore une autre maladie qui sans cesse est décorée du

nom de *congestion cérébrale*, je veux parler du vertige lié à des désordres gastriques. Cette forme bizarre de névrose est caractérisée par les phénomènes suivants. Si le malade fait dans son lit un mouvement brusque, il sent aussitôt le lit tourner et l'entraîner dans son mouvement; s'il se lève, et surtout si, levé, il regarde en l'air, le vertige prend des proportions plus grandes. Les objets tournant autour de lui, il chancelle, quelquefois il est impuissant à se tenir debout. En même temps, il éprouve un mal de cœur insupportable et bien souvent des vomissements. Ces accidents singuliers sont, pour les malades, appelés des coups de sang, et, disons-le, la plupart des médecins partagent cette idée. Ils saignent, ils appliquent des ventouses et des sangsues, donnent des pédiluves sinapisés et font tout, en un mot, pour faire disparaître cette prétendue congestion, qu'ils augmentent par leur étrange médication.

Les maladies vertigineuses dont je viens de parler sont plutôt voisines de la syncope, et par conséquent sont juste le contraire de la congestion; et si prodigieux que cela paraisse, il est pourtant vrai que trop de médecins encore méconnaissent la tendance syncopale et la confondent avec la congestion cérébrale.

Pourtant, comme je ne veux rien exagérer, je supposerai que les deux états que je viens de décrire sont rarement méconnus par les médecins, et je supposerai que jamais ils ne sont pris pour des congestions cérébrales. Mais il est un accident qui accompagne souvent les hémorrhagies du cerveau et qui, pour l'universalité des médecins, est considéré comme une congestion. Je m'explique. Lorsqu'un malade est frappé d'apoplexie, soit que l'apoplexie reconnaisse pour cause une hémorrhagie cérébrale, soit qu'elle dépende d'un ramollissement, ce qui est plus fréquent qu'on ne le dit et qu'on ne le croit, soit qu'elle résulte d'une embolie ou tout au moins d'une oblitération subite d'une des artères principales de la base du cerveau; lors, dis-je, qu'un malade est frappé d'apoplexie, il y a quelquefois une perte de connaissance subite, et l'obtusion de l'intelligence et du mouvement dure plusieurs heures, plusieurs jours, puis tout rentre dans l'ordre, à cela près d'une hémiplégie légère qui diminue lentement et finit par disparaître après quelques mois. Comme les premiers accidents ont été presque foudroyants; comme, entre la gravité de ces premiers phénomènes et les troubles ultérieurs de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement, il ne paraît pas y avoir de relation suffisante, on dit que l'hémorrhagie cérébrale a été accompagnée de congestion; que la congestion, phénomène essentiellement transitoire, a produit les

accidents *apoplectiques* proprement dits ; que, dissipée, elle a laissé l'hémorrhagie peu copieuse avec l'hémiplégie, si peu grave d'ailleurs, qui a succédé à ces grands accidents apoplectiques.

Je ne veux pas nier absolument cette congestion, et j'avoue même que je suis tenté de l'admettre dans une certaine mesure ; mais il est un autre phénomène dont on n'a pas assez tenu compte, que je sache du moins, je veux parler de ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*. Lorsque l'encéphale subit soudainement une déchirure et une compression, il supporte cette grave lésion avec une impatience qui varie suivant les individus, mais qui peut être portée fort loin chez certaines personnes. J'en veux chercher un exemple dans les lésions traumatiques du cerveau. Qu'un soldat reçoive une balle dans la tête, que dans une rixe un individu reçoive un coup de couteau qui pénètre dans le cerveau, ils sont jetés à terre comme s'ils étaient frappés d'un coup de massue; mais, peu à peu, malgré les épanchements sanguins intra-crâniens qui sont la conséquence de la blessure, et même malgré la congestion phlegmasique inséparable de la déchirure des tissus, l'intelligence, la sensibilité, les mouvements, reviennent quelquefois avec une rapidité étrange, et donnent ainsi au chirurgien inexpérimenté des espérances qui ne se réalisent malheureusement pas. Cette stupeur immédiate est ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*, et quelque incorrecte que puisse être cette appellation, à laquelle je renoncerais bien volontiers, toujours est-il que le fait existe et ne peut être contesté par personne.

Les expériences sur les animaux donnent des résultats plus positifs encore. Si l'on trépane le crâne d'un chien ou d'un lapin, et que par une incision faite à la dure-mère, on introduise entre le crâne et la surface du cerveau une petite balle de plomb, on observe tout d'abord des phénomènes de stupeur qui se dissipent rapidement, pour être remplacés par une hémiplégie proportionnée à la compression.

Dans cette expérience, on ne peut invoquer la commotion cérébrale : il faut bien accepter que l'encéphale est, en quelque sorte, surpris par un accident qui se trahit par des troubles transitoires. Ne suis-je donc pas en droit de supposer que, lorsqu'il se fait un épanchement de sang subit dans le corps strié ou dans la couche optique, la stupeur immédiate que l'on attribue d'ordinaire à la congestion simultanée peut, en partie tout au moins, être imputée à l'*étonnement cérébral?*

Est-ce à dire que je nie d'une manière absolue la congestion

cérébrale? non certes. J'admets la congestion, l'hyperhémie du cerveau, il faudrait être insensé pour en contester l'existence ; mais je dis que ce que l'on a appelé la *congestion cérébrale apoplectiforme*, est, dans le plus grand nombre des cas, un accident épileptique ou éclamptique, quelquefois une syncope ; je dis que bien souvent les simples vertiges épileptiques, que les vertiges liés à un mauvais état de l'estomac ou à des maladies de l'oreille, sont considérés à tort comme des congestions de l'encéphale.

Que si les propositions que j'ai cherché à défendre sont vraies, on m'accordera que la thérapeutique devra moins souvent recourir aux médications révulsive et antiphlogistique, mises sans cesse en œuvre pour combattre ces prétendues congestions cérébrales, et qu'il faudra chercher d'autres indications plus conformes à l'idée que l'on doit se former des états divers que l'on a confondus trop souvent sous la même dénomination.

De la valeur d'un traitement spécifique dans les congestions cérébrales apoplectiformes liées a l'épilepsie. — M. le professeur Trousseau a eu seulement pour but d'appeler l'attention du corps médical sur la nature de certaines congestions cérébrales apoplectiformes. M. le docteur Herpin (de Genève), tout en prêtant au savant académicien l'appui de son expérience toute spéciale quant à la donnée pathologique, est venu y ajouter un enseignement clinique précieux, c'est l'efficacité des remèdes anti-épileptiques pour prévenir le retour de ces sortes d'accidents. Sa lettre, complétant la note de M. Trousseau, devait trouver place dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Nous la reproduisons intégralement.

L'Académie de médecine paraît avoir accueilli avec étonnement, pour ne rien dire de plus, les conclusions de la note de M. le professeur Trousseau établissant que, dans la grande majorité des cas qualifiés de congestions cérébrales, il y avait erreur de diagnostic et qu'il s'agissait d'accès méconnus d'épilepsie.

Vingt années d'études incessantes et attentives sur l'épilepsie m'autorisent à apporter dans ce débat les résultats de mon observation. Ces résultats, je les ai déjà consignés dans l'ouvrage que j'ai publié en 1852 sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie [1] ; et neuf années d'expérience de plus n'ont fait qu'en confirmer l'exactitude. Je me bornerai donc à reproduire les assertions émises dans ce livre.

---

[1] *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie.* Paris, 1852.

Le titre même de mon ouvrage indique que je n'étais pas appelé à y traiter *ex professo* du diagnostic différentiel de l'épilepsie; mais des questions de cet ordre devaient naître de l'examen de plusieurs de mes cas; aussi est-ce dans les commentaires de mes observations que je prends les passages qui traitent de la question que vient de signaler au public médical l'honorable professeur de clinique de la Faculté. Ce fut en octobre 1840 que mon attention fut, pour la première fois, éveillée sur ce genre d'erreur de diagnostic, par un fait que j'ai consigné dans mon livre et qui en est la *sixième observation* [1]. Je vais la résumer rapidement :

M. R***, négociant retiré, âgé de soixante-treize ans, marié, est d'une taille élevée, d'une forte complexion, à le cou gros et court, la face très-colorée, beaucoup d'embonpoint et toute l'apparence dite apoplectique. Un frère cadet est mort aliéné. La maladie dure depuis dix ans. Les attaques surviennent, en hiver, tous les mois environ; en été, à peu près tous les deux mois, et toujours, à une seule exception près, dans le sommeil. La domestique, qui soigne M. R*** depuis plusieurs années, et qui couche dans une pièce contiguë, est avertie par un cri, et trouve son maître en proie à d'horribles convulsions de tout le corps et surtout de la face, avec perte absolue de la connaissance et le visage tuméfié et violet. La mort par asphyxie paraît imminente, la respiration devient râlante et l'écume couvre les lèvres. Le patient tombe ensuite dans un coma profond. Le sommeil ou la somnolence dure encore pendant une partie de la journée suivante. Le matin, M. R*** est dans un état qui donne l'idée de l'apoplexie, il ne se doute qu'il a été malade que par la fatigue extrême qu'il éprouve.

Une personne sérieuse et très-intelligente, qui tient de près au malade, me raconte que le médecin qui soignait M. R***, lors du début de sa maladie, et qui l'a suivi encore pendant quelques années, quoique praticien habile et expérimenté, prit réellement la première attaque pour une apoplexie. Il fit de suite une forte saignée, et se contenta d'astreindre le malade à un régime sévère et d'employer de doux minoratifs. Le même jugement fut porté sur les attaques suivantes; la saignée fut répétée chaque fois, et cela pendant plusieurs années. Toujours le médecin se félicitait auprès de la famille de prévenir ainsi la paralysie. Je prescrivis un traitement par l'*oxyde de zinc*, qui fut suivi pendant neuf mois. Six semaines après le début de cette médication, l'attaque fut remplacée par un vertige intense. Ce fut la dernière manifestation de la maladie. Vingt-sept mois après, M. R*** succombait à une pneumonie catarrhale.

Maintenant, voici textuellement le commentaire dont j'ai accompagné ce fait :

« On a pu s'étonner de voir un médecin habile et expérimenté,

[1] Ouvrage cité, p. 45.

comme je l'ai qualifié et avec raison, méconnaître aussi longtemps une maladie qui était bien caractérisée. L'erreur n'est pas cependant aussi grossière qu'elle peut le paraître d'abord. Bien peu d'auteurs ont appelé l'attention sur l'épilepsie débutant chez les vieillards. Le médecin ne voit le malade que dans la période de coma qui, après les plus fortes attaques, ressemble tout à fait à un état apoplectique; le plus souvent, on ne lui parle pas des convulsions qui, de nuit surtout, échappent presque toujours aux membres de la famille, quand ils ne sont pas prévenus. Souvent les proches aiment à ne pas croire à une attaque d'épilepsie, et éloignent plutôt qu'ils n'appellent l'attention sur les signes qui pourraient éclairer le praticien.

« Loin de m'étonner de cette erreur, je suis convaincu qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'imagine, et que les coups de sang ou congestions cérébrales éphémères des personnes âgées sont le plus souvent des attaques d'épilepsie. Nous verrons dans cet ouvrage d'autres faits où il est possible que je me fusse trompé aussi, si je n'avais pas fait une étude particulière de cette maladie convulsive. Je connais plus d'un cas d'erreur de ce genre en dehors de ma pratique. J'en citerai un seul exemple.

« A l'époque de la guérison de M. R***, une famille avec laquelle j'entretiens des relations, mais dont je ne suis pas le médecin, était fort alarmée de la réapparition assez fréquente d'attaques apoplectiques chez un de ses membres âgé de plus de soixante-dix ans. Chacune des attaques faisait craindre pour sa vie, car elle le laissait pendant un ou deux jours dans un état de coma ou de profonde stupeur; et cependant, il se remettait promptement sans en conserver aucune trace. Voilà ce que j'apprenais par la famille du malade.

« Celui-ci était confié à deux médecins qui, par leurs talents et leur longue pratique, méritaient toute la confiance qu'on leur accordait. L'histoire de M. R*** m'inspirant quelques doutes sur ce dernier cas, je les confiai au médecin consultant; je l'engageai à appeler l'attention des parents sur les premiers symptômes de l'attaque, et je lui conseillai, si en effet il s'agissait d'accès convulsifs, d'essayer un traitement de zinc. Dès la crise suivante, on fut convaincu : le malade était affecté d'épilepsie. Le zinc fut employé; il éloigna et mitigea les accès, il les suspendit même pendant un an. A la mort du vieillard, qui arriva à l'âge de soixante-seize ans, cinq ans après l'invasion de la maladie, il n'avait eu, depuis assez longtemps, que des accès fort rares et relativement légers. J'ignore si le remède fut donné à de fortes doses et avec une suffisante persévérance.

« Sans nier la possibilité d'attaques subites et courtes d'hyperhémie cérébrale ou *coups de sang*, avec une perte absolue des sens et de l'intelligence, sans qu'il reste ensuite de trace d'hémiplégie, je suis convaincu, je l'ai déjà dit, d'après les deux faits que je viens de citer et d'autres observés dès lors, qu'on a souvent pris pour des coups de sang de véritables attaques d'épilepsie. Il est remarquable que, dans la première observation de congestion cérébrale de la

Clinique de M. Andral (2e édition, 1833, t. V, p. 226), l'attaque, qui fut mortelle, débuta par un cri, symptôme qui, comme l'auteur lui-même le fait très-bien observer, ne précède guère une attaque d'apoplexie et se lie plutôt aux accès d'épilepsie.

« J'appelle sur ce point de diagnostic toute l'attention des praticiens ; il est trop important, d'ailleurs, pour que je n'y revienne pas plus tard [1]. »

La vingtième observation [2] de mon livre concerne une demoiselle de cinquante et un ans, dont la première et la dernière attaque eût pu être prise pour un *coup de sang* par un observateur superficiel ; mais une forte morsure de la langue, entre autres signes, ne pouvait laisser de doute sur la nature épileptique de l'accès.

Ce fait est suivi dans mon livre du commentaire suivant :

« Y a-t-il des coups de sang avec perte absolue des sens et de l'intelligence qui ne laissent après eux aucune trace d'hémiplégie ? Beaucoup le croient et en citent des exemples ; mais les observations publiées, celles au moins que j'ai lues, sont loin de fournir la preuve qu'il n'y a pas eu de convulsion au début de l'attaque ; on comprend du reste cette erreur ; le médecin et souvent même les assistants n'arrivent qu'au moment de la période comateuse ou apoplectiforme. Pour moi, je n'ai jamais vu de congestion cérébrale avec les caractères que j'ai indiqués ; j'ai vu au contraire l'erreur commise par des hommes capables ; et les deux exemples que j'ai cités (obs. 6 et commentaire) ne sont pas les seuls que j'aie connus. M. le docteur Prevost, l'un des plus habiles médecins que Genève ait possédés, me disait après trente ans de pratique, avoir sur ce point la même expérience que moi. Portal s'exprime ainsi sur ce sujet :

« On a plusieurs fois confondu l'épilepsie chronique avec des « accès apoplectiques..... J'ai connu un homme, considérable par « son rang dans la société, qu'on disait avoir eu plusieurs attaques « d'apoplexie. Appelé pour le secourir dans l'une d'elles, je recon- « nus qu'il éprouvait pendant l'accès une roideur convulsive dans « les membres et un délire obscur, ce qui me fit croire que l'atta- « que était plutôt épileptique qu'apoplectique. En effet, je fus dans « la suite convaincu que ses attaques étaient de vrais accès d'épi- « lepsie. Je ne doute pas que cette sorte de cas ne se présente sou- « vent, soit parce que l'on confond l'épilepsie avec l'apoplexie, « faute d'en bien examiner les symptômes, soit que l'on aime dans « les familles, comme nous l'avons déjà dit, à cacher l'épilepsie et « non l'apoplexie, quoique celle-ci soit généralement plus promp- « tement mortelle que l'autre [3]. »

Le sujet de ma vingt-deuxième observation [4] est un homme de

[1] Ouvrage cité, p. 52 et suivantes.
[2] Ouvrage cité, p. 144.
[3] Ouvrage cité, p. 148 et 149.
[4] Ouvrage cité, p. 153.

soixante et onze ans, jusqu'alors assez bien portant, qui, à la suite de vives émotions et de chagrins violents, fut frappé, au milieu de la nuit, d'une attaque d'épilepsie. Sa femme, qui couchait dans la même chambre, fut réveillée par un bruit de râle, s'approcha de son mari et le trouva privé complétement de connaissance; il était pâle, les yeux fermés, les traits immobiles, les dents serrées; les membres étaient contracturés, le pouls bien perceptible et la respiration râlante; le linge du patient était inondé d'urine. Mme S*** ne pouvant faire sortir son mari de cet état comateux, envoya chercher un officier de santé qui demeurait à quelques pas (on était à la campagne). Cette dame était douée d'un jugement et d'une intelligence remarquables; elle était la fille d'un médecin, longtemps directeur résidant d'un grand hôpital; elle avait été élevée au milieu des malades. Elle ne douta pas, après un instant d'hésitation, qu'il ne s'agît d'un accès d'épilepsie; toutefois, par une contradiction singulière et qui tint au peu de confiance qu'elle avait dans l'officier de santé et à son vif désir de garder le secret, tout en faisant appeler le praticien, elle ne le mit point sur la voie et ne lui parla pas de la contraction des membres qui s'était très-vite dissipée. Le médecin diagnostiqua une apoplexie et proposa une saignée que Mme S*** refusa. On se contenta de fomentations de vinaigre chaud sur les jambes. Pendant qu'on les appliquait, le malade sortit de sa torpeur. Une heure après, il reprenait entièrement connaissance; plus tard il dormait d'un sommeil paisible. A l'exception d'une céphalalgie accompagnée de courbature, le patient était très-bien le lendemain. A six heures du soir il arrivait chez moi avec sa femme.

M. S***, après un traitement d'*oxyde de zinc*, a survécu plus de trois ans sans avoir vu reparaître aucun accident comitial; mais quinze mois après l'attaque, il était pris un jour, en marchant, d'un vertige subit, immédiatement suivi d'un sentiment de faiblesse de tout le côté gauche du corps; il put cependant, à l'aide d'un bras, regagner son domicile. A ma visite, sa figure n'offrait que de très-faibles traces de déviation; il marchait, mais en traînant un peu la jambe droite, la sensibilité était peu affaiblie. M. S*** fut remis en dix ou quinze jours de cette légère attaque apoplectique, sans qu'on eût fait de médication active. Mais vingt mois après, il succomba à la suite d'une attaque semblable, mais plus intense, survenue dans le cours d'une affection de l'estomac qui déjà l'avait conduit au marasme.

Voici maintenant le commentaire qui suit ce fait dans mon ouvrage :

« Quoique la description de la première attaque de M. S*** ait été nécessairement incomplète, il me paraît impossible d'en contester la nature épileptique. Indépendamment du retour rapide de l'intelligence et des sens, sans trace de paralysie, l'accès a présenté trois phénomènes qui ne peuvent, dans un cas semblable, appartenir qu'à l'épilepsie, savoir : la rigidité ou convulsion tonique des membres des deux côtés, le râle trachéal et l'émission involontaire des urines.

nes. Le râle dans l'apoplexie ne se montre qu'aux approches de la mort, et les urines involontaires supposent, dans cette maladie, une rétention préalable pendant un temps assez long, et par conséquent un coma assez prolongé. Il ne peut donc être question ici d'apoplexie d'un degré quelconque. Quant à la seconde attaque, on ne peut guère ne pas y reconnaître une hyperhémie cérébrale ou le degré simplement congestif de l'apoplexie. Il est difficile, en effet, d'admettre qu'une hémorrhagie cérébrale n'eût pas entraîné, je ne dis pas des suites plus graves, mais des suites plus durables; en dix ou quinze jours, M. S*** avait vu disparaître tout indice de paralysie (1).

« La dernière attaque fut évidemment une véritable apoplexie ou hémorrhagie cérébrale, quoique les facultés intellectuelles soient restées intactes.

« Le cas est donc merveilleusement propre à nous montrer les différences qui existent entre l'épilepsie et les deux degrés de l'apoplexie : hyperhémie et hémorrhagie.

« Dans l'attaque épileptique, phénomènes convulsifs généraux, bornés peut-être dans ce cas à la convulsion tonique, comme nous en verrons d'autres exemples ; altération grave de la respiration, perte absolue des sens et de l'intelligence; mais la durée de ces phénomènes, qui présentent en apparence un haut degré de gravité, est extrêmement courte, et ils se dissipent sans laisser de traces.

« Dans l'hyperhémie cérébrale, attaque fort légère en apparence, troubles peu marqués ou nuls de l'intelligence et des fonctions générales; mais hémiplégie durant au moins quelques jours.

« Dans l'hémorrhagie cérébrale, suites dont la durée, en cas de survie, est toujours plus ou moins en rapport avec l'intensité de l'attaque, et concordance telle de la gravité du mal avec l'intensité des premiers symptômes, que la mort serait regardée comme imminente dans une attaque qui offrirait, au même degré, les symptômes du premier accès de M. S... » (2).

Je suis convaincu que M. le professeur Trousseau ne connaissait pas les pages que je viens de résumer ou de transcrire, quand il a rédigé sa notice sur les accès d'épilepsie pris pour des cas de congestion cérébrale ; autrement il lui eût été précieux, ce semble, d'ajouter aux résultats de son observation sur une question toute nouvelle en apparence ceux d'un auteur qui, lui aussi, avant d'écrire, avait contrôlé pendant plus de dix ans des vues identiques sur le même sujet. Mais cette circonstance même d'une étude indépendante ne fait qu'ajouter de la valeur au concours des asser-

(1) Dix ans se sont écoulés depuis que j'ai écrit ce paragraphe ; aujourd'hui je serais moins affirmatif sur le degré simplement congestif de cette seconde attaque; je serais plus tenté d'y voir une légère atteinte d'hémorrhagie cérébrale.

(2) Ouvrage cité, p. 157, 158 et 159.

tions de deux observateurs n'ayant point, d'ailleurs, les mêmes doctrines médicales et ayant écrit à neuf années de distance. Ajoutez que la similitude se rencontre même dans les détails et que, déjà, Portal avait signalé ces erreurs de diagnostic. La concordance de ces témoignages appelle donc l'attention la plus sérieuse des médecins sur le diagnostic de l'épilepsie et des congestions apoplectiques. Du reste, l'importance de la question ne se fonde pas seulement sur les inconvénients qu'il peut y avoir à traiter, pour un cas d'hyperhémie cérébrale, un accès comitial; ce qui est beaucoup plus essentiel, c'est de ne pas méconnaître l'épilepsie dans ses premières manifestations. Cette maladie, en effet, malgré tous les doutes et toutes les assertions contraires, se guérit dans la majorité des cas, à la condition d'être attaquée vers son début et combattue avec énergie, et s'il le faut, persévérance, par des moyens que l'expérience a consacrés. Dans un avenir peu éloigné, j'établirai de nouveau toute la vérité de cette affirmation, en la fondant sur la base inébranlablo d'un très-grand nombre de faits.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Benzine (*Intoxication par la*), *ses effets physiologiques*. Un accident, peut-être unique jusqu'ici dans les annales de la science, est venu révéler les symptômes toxiques produits par l'ingestion de la benzine. Le nommé C***, teinturier, âgé de quarante-sept ans, avala par méprise, à six heures du soir, le tiers environ d'un verre ordinaire rempli d'un mélange de trois quarts de benzine et d'un quart d'eau de Seltz. Comme la benzine est beaucoup plus légère que l'eau, il est probable que la portion ingérée fut de la benzine à peu près pure. A la troisième ou à la quatrième gorgée, cet homme, s'apercevant de son erreur, rejeta loin de lui le reste du breuvage et envoya chercher un bol de lait, qu'il avala presque aussitôt. Mais bientôt il se sentit étourdi, mal équilibré sur ses jambes, la tête embarrassée et pesante; il n'eut d'ailleurs aucune évacuation ni par le haut ni par le bas. Il avait toutefois des éructations fréquentes, dont l'odeur rappelait celle de la benzine. A huit heures, C*** soupa légèrement et sans appétit; à dix heures, il se mit au lit, n'accusant rien autre chose que d'être, disait-il, de plus en plus ivre. Il était couché depuis deux heures; dormant, au dire de sa femme, d'un sommeil très-agité, lorsque tout à coup il vint à s'éveiller. Son réveil fut celui d'un homme qui n'avait plus conscience exacte des choses qui l'entouraient. Il se mit sur son séant, regardant de tous côtés, comme pour s'orienter et rassembler ses idées, puis bientôt il commença à délirer. Son délire était gai, il riait sans motifs et avec de bruyants éclats. Il reconnaissait les personnes qui l'entouraient, mais sans bien comprendre le but de leur présence autour de son lit. On remarquait surtout chez lui une impossibilité absolue de prononcer les mots d'une façon nette; il bredouillait à faire rire malgré eux ceux qui l'écoutaient et il en riait lui-même; ce qui ne l'empêchait pas d'être d'une loquacité intarissable. Cette espèce de délire nerveux persista pendant quatre heures consécutives. Le pouls était régulier, mais légèrement accéléré; la peau un peu chaude, le facies et le regard animés. La surexcitation générale à laquelle le malade était en proie était manifestement plutôt nerveuse que fébrile. Ce délire était surtout re-

marquable par sa forme exhilarante. Le malade finit par s'endormir, et le lendemain, à son réveil, il conservait encore une sorte d'état de vertige et de courbature générale, mais sans souvenir de ce qui s'était passé. Pendant les deux ou trois jours suivants, son haleine conserva l'odeur fortement prononcée de la benzine. Aucun traitement d'ailleurs ne fut mis en usage, le malade en délire ayant invinciblement refusé d'avaler une seule cuillerée d'une potion ordinaire additionnée d'ammoniaque liquide, qui lui fut présentée.

M. le docteur Perrin, qui rapporte ce fait, ajoute, pour compléter cette observation, que les teinturiers connaissent si bien cette action enivrante de la benzine, qu'ils en redoutent l'emploi habituel. On lui a assuré, en outre, que les ouvriers combattaient avec efficacité l'ivresse produite par la benzine en avalant un ou deux petits verres d'eau-de-vie. C'est là un fait à vérifier, et qui, s'il est exact, peut fournir des indications utiles pour la direction du traitement que pourraient réclamer des accidents de ce genre. (*Union méd.*, janvier 1861.)

Chorée (*Traitement de la*) *par les pilules Debreyne.* Ce n'est pas d'une médication nouvelle qu'il s'agit, comme l'indique assez d'ailleurs le titre même de cet article, mais d'une médication connue, dont nous avons déjà plusieurs fois entretenu nos lecteurs, mais qu'il nous paraît utile de rappeler de temps en temps, parce qu'elle est incontestablement une des plus rationnelles et des plus efficaces. Soit dit sans prétendre contester les services que d'autres médications ont rendus dans d'autres circonstances contre cette même affection. Quoi qu'il en soit, après avoir échoué avec les bains sulfureux d'abord, puis avec les immersions froides, dans un cas de chorée très-intense chez une jeune fille de huit ans, M. le docteur Caradec, considérant particulièrement le degré d'exagération où étaient portés les spasmes dans ce cas, essaya la méthode de M. Debreyne consistant, comme on le sait, à administrer des pilules faites d'après la formule suivante :

Camphre..........	12 grammes.
Assa-fœtida.........	12 grammes.
Extrait de belladone..	4 grammes.
Extrait aqueux d'opium..........	1 gramme.
Sirop de gomme.....	Q. S.

pour 120 pilules.

Le succès remarquable qu'il a obtenu dans cette circonstance engagea à recourir d'emblée à cette méthode dans les deux cas suivants :

Obs. I. Le 22 mai dernier, M. Caradec est appelé auprès de la jeune fille M***, âgée de neuf ans, atteinte depuis trois mois d'une chorée intense, pour laquelle elle a été traitée successivement, sans le moindre amendement, par la médication stibiée, les bains sulfureux, diverses potions calmantes, le chloroforme *intus* et *extra*. Voici dans quel état était la petite malade lorsque notre confrère la vit pour la première fois. Tous les muscles du corps étaient le siége de mouvements saccadés, incessants. La progression était à peu près impossible, la station debout très-difficile; la tête rejetée dans tous les sens, la physionomie presque constamment grimaçante, et il y avait de temps en temps des grincements de dents. Les convulsions musculaires des extrémités supérieures étaient telles que cette jeune fille ne pouvait saisir aucun objet avec les mains; la déglutition s'opérait avec un peu de difficulté. M. Caradec prescrit les pilules Debreyne, d'après la formule ci-dessus, en débutant par une pilule, le matin à jeun, pendant les premier, deuxième et troisième jours; puis 2 les quatrième, cinquième, sixième et septième jours; 3, 1 le matin, la 2e au milieu de la journée, la 3e le soir, les jours suivants; puis enfin 4 (2 le matin, 1 à midi, la dernière dans la soirée). Dès le treizième jour de ce traitement, l'amélioration devint si manifeste qu'on put diminuer insensiblement le nombre des pilules pour revenir à une. Au vingt et unième jour, la petite malade se trouvait dans un état des plus satisfaisants ; c'est-à-dire que l'usage des mains, des bras, des jambes, la déglutition, la parole, étaient parfaitement revenus; qu'elle avait recouvré son humeur ordinaire, qu'enfin la physionomie avait repris sa régularité. Sa guérison s'est confirmée par la suite et ne s'est point démentie.

La deuxième observation a trait à une jeune fille en proie, depuis un mois, à une chorée unilatérale gauche, consistant en soubresauts, secousses et mouvements désordonnés, presque incessants, des muscles des extrémités supérieure et inférieure gauches. Le traitement Debreyne est institué. On commence par 2 pilules, élevant graduellement la dose jusqu'à 6 par jour (2 le matin, 2 à midi et 2 le soir). Au

bout de douze jours les mouvements choréiques ont considérablement diminué; et, après dix-huit jours de traitement, il n'en reste plus aucun vestige. (*Union méd.*, décembre 1860.)

Dystocie *par rétrécissement du bassin, suite d'enfoncement de la cavité cotyloïde.* Les cas de fracture de l'os iliaque par enfoncement de la cavité cotyloïde sont d'un diagnostic difficile : ils peuvent être facilement pris, dit Astley Cooper, pour une luxation du fémur. Cette difficulté du diagnostic est encore augmentée, quand, en même temps que la fracture, il existe en réalité un déplacement de l'os de la cuisse. Cette dernière lésion alors peut détourner l'attention de celle qui l'accompagne, laquelle reste ainsi méconnue. Ces sortes de cas sont très-graves, non-seulement par les accidents auxquels ils peuvent donner lieu immédiatement, mais encore par leurs conséquences éloignées. C'est principalement aux personnes du sexe que se rapporte cette dernière remarque: aussi le précepte de rechercher par le toucher anal ou vaginal s'il existe quelque fragment enfoncé vers la cavité pelvienne et de le replacer en le poussant en dehors, applicable à l'homme, sans doute, l'est-il encore plus spécialement à la femme. Que chez celle-ci, en effet, il vienne ultérieurement à se développer une grossesse, et alors, au moment de l'accouchement, surgiront de nouveaux dangers, ceux de la dystocie résultant du rétrécissement du bassin par tumeurs osseuses ou cals difformes. Il faudra, si l'accoucheur a été à même de soupçonner et de vérifier à temps l'état des voies génitales, recourir à l'accouchement prématuré artificiel, ou même à l'avortement provoqué, et, dans le cas contraire, sacrifier l'enfant par l'embryotomie, ou pratiquer l'opération césarienne. Les différents points afférents au diagnostic et au pronostic de la lésion en question sont mis en lumière dans un fait communiqué par M. Partridge à la Société pathologique de Londres, et que nous résumons ici.

Une jeune personne de dix-sept ans se fit, dans une chute de cheval, plusieurs blessures à la tête et à l'une des hanches. L'attention du médecin appelé auprès d'elle après l'accident se porta surtout sur les lésions qui siégeaient à la tête; mais quand M. Partridge la vit, il reconnut une luxation du fémur dans l'échancrure sciatique. Il la réduisit et la malade se rétablit, conservant seulement une légère claudication et un raccourcissement du membre d'un demi-pouce environ ; de plus, on ne retrouvait plus dans sa situation normale la saillie du grand trochanter. Plus tard, cette jeune personne se maria et devint enceinte. Au moment de l'accouchement, on reconnut un rétrécissement du bassin correspondant au fond de la cavité cotyloïde, et il fallut la délivrer au moyen du forceps. Mais les choses ne se passèrent pas aussi heureusement dans une seconde grossesse : on recourut à huit mois à l'accouchement prématuré artificiel; l'enfant fut conservé et la mère alla bien d'abord; puis elle succomba quelque temps après, avec des dépôts purulents. A l'autopsie, l'on constata un enfoncement de la cavité cotyloïde et une fracture vicieusement consolidée du grand trochanter. (*Med. Times and Gaz.*, juin 1860.)

Empoisonnement *à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium.* L'usage que l'on fait journellement de hautes doses d'iodure de potassium nous engage à publier le fait suivant, rapporté par M. Bonnewyn, et qui montre l'utilité de surveiller l'emploi de cette médication.

Une petite fille de douze ans, soumise depuis trois semaines à un traitement par l'iodure de potassium en pilules, reçut d'une parente une douzaine de pâtés faits de parties à peu près égales d'amandes douces et d'amandes amères. Il y avait dans la même maison deux autres petites filles, l'une de six ans, l'autre de huit. Après avoir mangé d'un des pâtés en question, les deux plus jeunes enfants continuèrent à se bien porter; mais l'aînée, soumise à l'usage de l'iodure de potassium, éprouva, trois heures environ après l'ingestion du pâté, des nausées assez violentes, bientôt suivies de vomissements, de coliques, etc.; en un mot tous les symptômes d'un empoisonnement, mais qui heureusement disparurent par le seul travail de la nature. Le lendemain la petite malade continua l'emploi des pilules d'iodure potassique, dîna comme de coutume, et ne ressentit plus aucune indisposition. Les deux autres enfants ont mangé tous les autres pâtés sans en être incommodées.

Ces faits sembleraient prouver qu'il y a eu une réaction chimique entre une partie de l'acide cyanhydrique des amandes amères et l'iodure de potassium ; qu'il y avait eu à côté d'une

partie d'acide cyanhydrique non décomposée, formation à l'état naissant de cyanure de potassium, d'iode libre, d'acide hydriodique, tous poisons.

Pour se convaincre de l'effet nuisible de l'iodure potassique pris simultanément avec de la pâtisserie ayant pour principal ingrédient des amandes amères, M. Bonnewyn a fait boire à un chien quatre fois par jour, et successivement pendant quinze jours, du lait contenant en solution de l'iodure de potassium. Le seizième et le dix-septième jour, il lui a fait manger de la pâtisserie dont il a été question plus haut. Quelques heures après l'ingestion de cet aliment, il se produisit tous les symptômes d'un empoisonnement, tels que vomissements, délires furieux, paralysie des jambes, convulsions, etc. Voulant vérifier directement la réaction qu'il supçonnait avoir déterminé l'intoxication, M. Bonnewyn a fait réagir à chaud, pendant vingt-quatre heures, une solution d'iodure de potassium avec la pâte amygdaline. Le produit obtenu, après filtration et évaporation à siccité, s'est conduit à l'égard des réactifs chimiques de la manière suivante :

1° Traité par l'acide sulfurique ou nitrique, il a donné lieu à un dégagement d'acide cyanhydrique ;

2° Sa dissolution a précipité en jaune le protosulfate de fer; en blanc bleuâtre, le persulfate de la même base; en blanc, le sulfate zincique, l'acétate plombique et le nitrate argentique, et en jaune cannelle le sulfate de cuivre.

En présence de ces réactions, il ne peut exister de doute sur le fait de la transformation de l'iodure de potassium en cyanure de la même base dans la pâte amygdaline. La conclusion de tout ceci, c'est qu'il est de la plus haute importance pour le médecin de diriger son attention dans l'administration de certains médicaments, sur la modification qu'ils peuvent subir quand ils se trouvent en contact avec certains aliments. (*Press. médic. Belge*, décembre 1860.)

Ménorrhagie (*Observation témoignant des bons effets de la digitale à haute dose dans la*). Une femme, en proie depuis six semaines à des ménorrhagies, est entrée à l'Hôtel-Dieu, ayant une perte très-abondante. Elle n'était cependant pas très-anémiée, ce qui porterait à penser qu'elle n'avait pas perdu une très-grande quantité de sang pendant le cours de ces six semaines. Elle a été mise tout d'abord à l'usage de l'ergot de seigle, médicament qui réussit ordinairement très-bien, comme on le sait, non-seulement dans les métrorrhagies essentielles ou dans les hémorrhagies puerpérales, mais même dans les hémorrhagies qui surviennent dans le cancer, sauf à revenir plus tard, bien entendu. On lui en a administré 4 grammes ; mais il n'a produit aucun effet. Il s'est passé chez elle un fait que M. Trousseau a déjà indiqué il y a longtemps, en 1830 ou 1832, c'est l'abondance beaucoup plus grande de la métrorrhagie dans la nuit et pendant le repos, que dans le jour et pendant le mouvement.

Voyant qu'il n'obtenait rien par l'ergot, M. Trousseau a eu recours à un médicament très-vanté dans ces derniers temps en Allemagne et en Angleterre, l'infusion très-chargée de feuilles de digitale (30 grammes de feuilles pour 500 grammes d'eau), dose énorme et toxique. Habituellement on la prescrit à la dose de 50 centigrammes par litre d'eau, 1 gramme au maximum ; encore cette dose produit-elle souvent des accidents qui obligent à suspendre la médication. Mais lorsqu'on a affaire à une métrorrhagie menaçante, on peut sans hésiter recourir à la dose énorme ci-dessus. Dans les cas où la métrorrhagie est peu grave, la dose doit être moins élevée. Ici on a prescrit 8 grammes pour 200 grammes d'eau.

Ce médicament doit être administré d'une certaine manière. L'infusion forte se donne à la dose d'une cuillérée à bouche toutes les demi-heures, de manière à faire prendre une livre d'infusion en seize heures.

Lorsqu'on a administré la digitale à haute dose, on est prévenu du danger qu'elle peut entraîner par une première série d'accidents provenant de l'action irritante, âcre, de la digitale, sur la muqueuse gastro-intestinale : vomissements, diarrhée, douleurs d'estomac et d'entrailles. Bientôt, le médicament étant absorbé, une seconde série de symptômes toxiques se manifeste : vertiges, troubles de la vue, céphalalgie, délire, stupeur, etc. Il faut s'arrêter dès que les premiers phénomènes se montrent.

La digitale a été donnée à cette femme pendant cinq heures. Dès que se sont produits les premiers vomissements, la métrorrhagie a été arrêtée, et elle n'a pas reparu depuis. Bien que la digitale n'ait pas produit dans cette circonstance d'effet toxique très-

grave, néanmoins la pupille est restée longtemps énormément dilatée. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Perchlorure de fer *dans le traitement de quelques affections cutanées*. Nos lecteurs se rappellent les résultats des essais que M. Devergie a faits du perchlorure de fer dans le traitement de quelques affections cutanées. Ces résultats ont paru assez encourageants pour que quelques praticiens aient cru revoir ces essais. Voici quelques faits rapportés par M. L. Bourun des Clayes, de Créteil, qui viennent ajouter leur petite part au témoignage des expériences de l'hôpital Saint-Louis.

Obs. I. Un homme de soixante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, et jouissant habituellement d'une bonne santé, fit appeler M. Bouron des Clayes pour une démangeaison insupportable occupant les bourses et s'étendant jusqu'à la marge de l'anus inclusivement. Depuis plusieurs jours, il se garnissait avec des linges, de manière à éviter les désagréments d'une exsudation assez considérable. C'était un eczéma datant de trois semaines à un mois environ. M. Bouron des Clayes prescrit des cataplasmes de fécule de pommes de terre, puis des onctions avec la pommade de goudron.

Le 4 septembre, le prurit est à peu près nul, mais l'exsudation persiste aussi abondante, et l'affection a la même étendue.

Depuis ce jour jusqu'au 16 du même mois, on toucha régulièrement tous les deux jours avec l'huile de cade. Il n'y eut aucune modification.

M. Bouron des Clayes eut l'idée alors d'essayer de toucher légèrement toute la surface affectée avec un pinceau trempé dans le perchlorure de fer liquide à 32 degrés; puis par-dessus il appliqua une couche épaisse de collodion.

Le 17, la peau, un peu brunie, était presque complétement sèche dans toute l'étendue de l'eczéma. Une nouvelle application de perchlorure et de collodion fut faite.

Le 18, sauf la couleur de la peau, rien ne donnait à penser qu'elle eût été atteinte d'une affection quelconque.

Obs. II. Un homme de quarante-sept ans, très-puissant, alla trouver M. Bourun des Clayes, le 7 novembre. Il était atteint de la gale; il avait de plus, depuis assez longtemps, un *lichen agrius* à l'avant-bras. M. Bouron des Clayes, encouragé par l'expérience précédente, lui fit subir le traitement de l'hôpital Saint-Louis (de M. Hardy), seulement en remplaçant la pommade par celle-ci :

Perchlorure de fer à 32 degrés.	8 gr.
Bicarbonate de soude.........	4 gr.

Mêlez et ajoutez :

Axonge récente..............	60 gr.

F. S. A. une pommade.

Au bout de quelques jours, la gale avait complétement disparu ; le lichen s'était complétement modifié, et il était en voie bonne et rapide de guérison. (*Gaz. des hôpit.*, janvier 1861.)

Syphilis tertiaire (*Remarques sur quelques points du traitement des maladies vénériennes, et en particulier de l'utilité d'un traitement intermittent dans certains accidents de*). A l'occasion de deux cas intéressants d'accidents cérébraux, avec paralysie du nerf moteur oculaire externe dans l'un, et paralysie du nerf facial dans l'autre, M. le docteur Gouriet (de Niort), a émis quelques propositions sur le traitement des maladies vénériennes, qui nous ont paru dignes, par leur justesse, d'être reproduites ici.

La ténacité des accidents syphilitiques, leur réapparition continuelle chez les gens qui exercent certaines professions, trouvent leur cause dans les excès auxquels la plupart d'entre eux se livrent (c'était le cas des deux malades qui ont fourni le texte de ces considérations). M. Gouriet dit, à ce sujet, qu'il a eu l'occasion de signaler des récidives de coliques de plomb à la suite d'excès, alors que la cause primitive ne pouvait plus exercer son action : «un grand nombre d'intoxications, ajoute-t il avec raison, doivent offrir le même résultat, soit que la cause morbide ou les excès aient profondément débilité l'économie, soit qu'un agent d'une certaine force remette en circulation le poison ou le virus.

L'état saburral des premières voies, si commun chez les fumeurs, s'opposant à l'absorption des médicaments, on devra le prendre en sérieuse considération et le combattre par des purgations répétées et par l'emploi journalier de l'eau de Vichy.

S'il est devenu classique que l'iodure de potassium convient à tels accidents, et les mercuriaux en général à tels autres, on est bien moins fixé sur le choix à faire parmi les diverses préparations de mercure. Telle forme de

ce médicament réussira chez un malade et échouera chez un autre atteint du même accident, sans qu'*à priori*, la nature du mal, la constitution du sujet et son tempérament puissent en donner une raison suffisante. En pareil cas, le tâtonnement seul doit servir de guide.

On a eu tort, fait remarquer à ce sujet M. Gouriet, de négliger le bichlorure : « J'ai vu, dit-il, des plaques muqueuses de la bouche guéries très-promptement par les pilules de Dupuytren, alors que l'emploi prolongé des autres mercuriaux n'avait absolument rien produit.

Enfin M. Gouriet signale l'utilité, dans certains cas, d'un traitement *intermittent*. Il a vu des syphilides rebelles à une médication continue, disparaître en peu de temps sous l'influence des mêmes agents suspendus quinze jours, repris les quinze jours suivants, suspendus encore et ainsi de suite. L'économie s'habitue-t-elle moins, de cette façon, au remède? Les mercuriaux donnés contre la syphilis à de longs intervalles et par fractions, auraient-ils à mieux agir cette aptitude que possède le calomel donné de la même manière dans d'autres circonstances? Que chacun admette à cet égard l'hypothèse qu'il voudra, il suffit, pour nous, de la réalité du fait, pour que son importance pratique ressorte à tous les yeux. (*Gaz. des hôpit.*, janvier 1861.)

Teigne. *Son traitement par l'emploi topique du carbonate de cuivre.* Les sels de cuivre tendent à s'introduire un peu plus largement dans la thérapeutique. En voici une nouvelle application signalée par M. Huet, médecin du pénitencier des jeunes détenus. Un grand nombre d'enfants entrant dans cette maison affectés de teigne faveuse, M. Huet a eu l'idée d'expérimenter ce traitement, et les bons effets qu'il en a obtenus l'engagent à le recommander. Voici en quoi il consiste. La tête est nettoyée soigneusement par des cataplasmes onctueux, puis rasée lorsque les croûtes sont entièrement tombées. Alors on fait usage d'une pommade ainsi formulée :

Carbonate de cuivre..	10 grammes.
Axonge purifiée......	500 grammes.

Après de bien nombreux essais, dit M. Huet, je regarde cette pommade comme le moyen qui guérit le plus rapidement le porrigo. Il faut encore ici suspendre quelquefois le médicament, revenir aux cataplasmes pendant quelque temps, avant de reprendre l'usage du carbonate de cuivre. (*Répertoire de pharmacie*, janvier 1861.)

VARIÉTÉS.

La distinction qui existait entre les membres titulaires et les membres adjoints du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine vient d'être supprimée. Le nombre des membres titulaires est porté de 15 à 21. Les six membres adjoints aujourd'hui en exercice, MM. Bouchardat, Duchesne, Michel Lévy, Jobert (de Lamballe), Trébuchet, Poggiale deviennent membres titulaires.

M. le docteur Melchior Robert vient d'être nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille. Il a été élu, presque en même temps, membre du Conseil municipal de cette ville.

M. le docteur Hervé de Lavaur, médecin du ministère des affaires étrangères, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Erratum. Une erreur d'impression commise dans la composition du dernier article de M. Fonssagrives change complétement la pensée de l'auteur. Au lieu de : pendant *dix* mois entiers, il faut lire : pendant *des* mois entiers.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi et de la valeur de la digitale et de ses diverses préparations dans le traitement des affections organiques du cœur.

Par M. le docteur Em. Richard Pfaff.

Les recherches si nombreuses et si souvent contradictoires qui ont été faites sur la digitale sont bien de nature à jeter dans l'esprit des médecins des soupçons et des inquiétudes, relativement à la valeur de ce médicament. Ne voyons-nous pas en effet Withering soutenir que la digitale ralentit les battements du cœur, et Sanders affirmer qu'elle les accélère? La plupart des auteurs ne disent-ils pas que la digitale agit en affaiblissant la contractilité du cœur, tandis que M. Beau soutient qu'elle en renforce les contractions, qu'elle est le véritable *quinquina* du cœur? Rien ne prouve mieux, par conséquent, combien sont utiles de nouvelles recherches, et nos lecteurs trouveront peut-être quelque intérêt au travail qui vient d'être entrepris sur ce point de la thérapeutique par M. Pfaff et dont nous allons leur offrir un résumé.

La digitale, dit M. Pfaff, appartient certainement à la classe des médicaments narcotico-âcres; mais c'est surtout un médicament qui possède une individualité propre et une activité toute particulière. Renfermant en elle deux principes médicamenteux, la digitaline et la skaptine, il suit de là que la digitale doit posséder deux actions différentes qui se meuvent chacune dans une sphère déterminée.

La digitaline exerce son influence sur le système nerveux de l'organe central de la circulation, dont elle déprime le plus ordinairement l'activité pathologiquement augmentée, ainsi que celle du système artériel. Ce n'est pas à dire pourtant, comme la chose a été soutenue par Soberheim et par d'autres, qu'elle agisse alors en rétablissant l'équilibre entre les nerfs et les vaisseaux. Le fait est, au contraire, qu'elle agit en paralysant les nerfs des organes de la circulation, et que même elle augmente extrêmement ce défaut d'équilibre entre les vaisseaux et les nerfs. Lorsque, par exemple, le pouls, pathologiquement excité, descend, à la suite de l'emploi de la digitale, de 100 pulsations à 30 ou 40 par minute, c'est que la condition anomale de l'activité du cœur et du système artériel est tombée d'un extrême à l'autre, et qu'à un état d'accélération et d'excitation pathologique du pouls a succédé une espèce de paralysie.

Le médecin doit donc, avant de faire usage de la digitale, se poser cette question importante et pourtant bien laissée de côté jusqu'ici : quelle est la condition préférable pour le malade? Est-ce l'accélération morbide ou la paralysie partielle de l'activité du cœur ? Ajoutons que l'action ralentissante exercée par la digitale sur le pouls n'est rien moins que constante ; certains organismes délicats et sensibles manifestent au contraire, sous l'influence de la digitale, une excitation particulière de l'activité circulatoire.

Bien plus sûre que l'action précédente est la seconde, celle qu'on attribue à la skaptine et qui s'exerce sur l'activité des vaisseaux absorbants veineux et lymphatique, et sur les glandes en général. C'est par cette action que s'explique l'action diurétique de ce médicament que quelques auteurs ont considérée comme lui étant particulière, tandis qu'elle se manifeste seulement en tant que la résorption a été augmentée par la digitale.

Administre-t-on la digitale à des individus sains, à dose modérée, en seize à quarante-huit heures, souvent aussi, après plusieurs jours seulement, on voit se manifester les symptômes qui traduisent son action : d'abord, et le plus ordinairement, une diminution dans la quantité des urines et dans la sécrétion des muqueuses, plus tard des troubles plus ou moins marqués des fonctions digestives, maux de cœur, ptyalisme, perte d'appétit, coliques. Sur ces entrefaites, l'influence de la digitaline se manifeste vers le système nerveux du système vasculaire. Cette influence n'est pas exactement la même chez tous les individus. Fait-on prendre, par exemple, la même dose et une dose assez élevée de digitale à plusieurs personnes en santé, chez les unes la fréquence du pouls se trouve remarquablement diminuée, tandis que chez les autres, ce sont les phénomènes les plus opposés, et assez souvent des congestions intenses, avec accélération du pouls, des hémoptysies, etc. ; on a même vu des apoplexies, circonstance qui doit mettre d'autant plus en garde contre l'emploi inconsidéré de la digitale, que ce médicament est plus employé que jamais ; ce qui crée des contre-indications assez formelles à son administration dans certaines maladies du cœur. Je n'ai jamais pu m'assurer, du reste, qu'il y eût rien de vrai dans cette assertion, assez généralement répandue, à savoir que le ralentissement du pouls se montre d'autant plus rapidement et plus sûrement que les personnes sont plus faibles ; dans plusieurs cas de ce genre, au contraire, l'accélération du pouls m'a obligé à renoncer complétement à ce moyen.

En ce qui concerne l'influence exercée par la digitale sur le cœur

et sur les artères, il faut encore remarquer que le pouls n'est pas seulement affecté en quantité, mais aussi en qualité : le nombre des pulsations tombe souvent dans un temps donné à la moitié du chiffre normal; mais en même temps il devient plus grand et plus plein, ressemblant souvent au pouls qui précède les attaques d'apoplexie.

Si l'on soumet à un examen plus minutieux l'influence exercée par la digitale sur le cœur et le système artériel, on se demande si l'action dépressive et paralysante de l'activité cardiaque est un phénomène primitif ou secondaire. La réponse à cette question a, on le comprend, une grande importance pour les praticiens. Or, les avis sont très-divisés sur ce point : tandis que Harless et d'autres croient à un phénomène primitif, Orfila et Sanders le déclarent secondaire. De nombreuses expériences faites par M. Pfaff l'ont convaincu que des doses un peu élevées de digitale amènent une excitation plus ou moins vive de l'activité du cœur, et que si, après l'emploi de petites doses, l'action dépressive se montre au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures, d'autres fois après quelques jours, ce n'est pas pourtant une raison pour considérer comme primitifs les phénomènes de dépression. Quant à la durée de cette première période ou période d'accélération de l'activité du cœur, cela dépend surtout de la dose. Les grandes doses amènent ordinairement une accélération plus importante, mais qui dure moins longtemps et qui est suivie d'un ralentissement plus prolongé dans les battements du cœur. Par suite, il y a tout avantage à les employer dans les cas de maladies des valvules ou des orifices où l'état d'intégrité des poumons, du tube digestif, du système lymphatique et des organes uropoiétiques n'excite aucune crainte sur l'action préventive de ce moyen. D'après les recherches de M. Pfaff, la durée de cette première période varie entre seize heures et sept jours. L'estimation de cette durée est cependant des plus importantes pour le praticien; car elle juge de l'utilité ou de l'inutilité du moyen dans les divers cas de maladies du cœur. Le ralentissement du pouls, que l'on doit chercher seul dans les maladies du cœur, se produit-il en effet d'une manière rapide, en seize ou trente-six heures par exemple, à partir de l'administration des premières doses, on peut se promettre de ce moyen les meilleurs effets, et sinon obtenir la guérison de la maladie organique, au moins procurer aux malades un grand soulagement pour un certain temps. Dans tous les cas de maladie du cœur, au contraire, dans lesquels l'action accélératrice de la digitale se prolonge trois ou quatre jours

et au delà, il faut rejeter d'une manière absolue l'emploi prolongé du médicament; car il est de nature à faire plus de mal que de bien, et l'on voit les malades soit instinctivement, soit par le fait de l'aggravation de leur état, se refuser à en continuer plus longtemps l'usage.

Relativement à l'action si remarquable de la digitale sur le système veineux et lymphatique, M. Pfaff dit avoir fait une observation qui n'est pas sans importance pour l'appréciation de la dynamique de ce médicament. De même que la digitale, dit-il, influence l'activité du cœur et du système artériel, d'abord en l'excitant, ensuite en la déprimant, de même on la voit avoir l'action la plus opposée sur les systèmes veineux et lymphatique, déprimant d'abord ces systèmes, les excitant ensuite. On s'explique ainsi comment la digitale peut être employée avec avantage dans les inflammations, lorsque ces inflammations ont été préalablement combattues par des moyens antiphlogistiques et principalement par des saignées générales ou locales, la digitale continuant d'abord l'action antiphlogistique par son influence dépressive des systèmes veineux et lymphatique, et plus tard, par son action excitante, favorisant la résorption des exsudats.

Un mot enfin sur l'action diurétique qui ne saurait, dit M. Pfaff, être considérée comme primitive et rapprochée de celle des cantharides et des autres agents qui excitent et irritent les organes uropoiétiques, les examens nécroscopiques faits après des empoisonnements par de hautes doses de digitale n'ayant révélé aucune trace d'irritation vers l'appareil urinaire. M. Pfaff est donc peu disposé à attacher une grande importance à cette action diurétique de la digitale.

En résumé, dit M. Pfaff, la digitale agit d'abord en accélérant, et secondairement en retardant l'activité du cœur ; elle se comporte, relativement à l'estomac, de la même manière, mais à un degré pourtant un peu moins prononcé que le tartre stibié; elle diminue d'abord la diurèse et l'augmente plus tard; elle agit enfin sur les organes sexuels de même que sur le système uropoiétique, d'abord en déprimant, puis en excitant.

Celui qui connaît parfaitement les actions de la digitale et qui en tient un compte convenable peut manier ce médicament sans aucun de ces inconvénients dont son emploi est si souvent entouré. On ne le verra pas administrer la digitale là où l'on peut craindre l'influence de l'action primitivement accélératrice du cœur sur les organes de la petite circulation. On ne le verra pas non plus l'ad-

ministrer dans les cas de catarrhe de l'estomac ou du canal intestinal, ou seulement d'altération pathologique du tube digestif; on ne le verra pas, enfin, la donner là où l'on peut craindre son action sur le système uropoiétique et les organes sexuels.

C'est en s'inspirant des principes qu'il vient de poser et dont les bases diffèrent notablement de celles qui sont généralement acceptées, plus particulièrement au point de vue de l'influence primitivement accélératrice qu'il reconnaît à la digitale et de son action sur le tube digestif et sur l'appareil génito-urinaire, que M. Pfaff examine les indications de la digitale dans les diverses maladies du cœur.

Dans les maladies inflammatoires du cœur, la péricardite, la myocardite, l'endocardite, M. Pfaff se montre peu favorable à l'emploi de la digitale. C'est seulement, dit-il, dans ces cas de péricardite, où aucune congestion intense ne s'associe au travail inflammatoire, et lorsque ce travail a été déjà calmé par les moyens convenables, que l'on peut songer à la digitale, et encore les doses doivent-elles être extrêmement faibles (1/4, 1/3 de grain de pondre, quatre fois par jour). A plus forte raison doit-on éviter les hautes doses dans l'endocardite, afin de ne pas trop affaiblir la contractilité du cœur et de ne pas favoriser le dépôt d'exsudat sur les valvules; aussi donne-t-il la préférence aux applications extérieures sur la région du cœur, faites toutes les heures, avec un mélange à parties égales de chloroforme et de teinture alcoolique ou éthérée de digitale.

De même dans l'hypertrophie : M. Pfaff, à l'exemple de beaucoup d'auteurs, de Kreysig et de Zehetmayer, insiste sur la nécessité d'apporter une grande prudence dans l'emploi de la digitale, à ce point de vue principalement qu'il survient très-facilement des troubles des fonctions digestives. Aussi les doses doivent-elles être très-faibles, associées à divers médicaments, et la digitale doit être interrompue au moindre signe d'intolérance.

C'est donc dans les affections organiques proprement dites, celles des valvules et des orifices du cœur, que M. Pfaff se montre partisan de la digitale, dans ces cas où le médecin ne peut guère se promettre la guérison des altérations pathologiques et où il se trouve réduit à faire droit aux indications symptomatiques; mais ici M. Pfaff insiste encore sur la nécessité d'une appréciation très-exacte des phénomènes concomitants et consécutifs, ainsi que sur les précautions à prendre en pareil cas. Celui qui, par exemple, emploierait la digitale dans un cas d'insuffisance de la valvule mi-

trale, sans tenir compte de la présence, si fréquente, dans les cas de ce genre, d'un catarrhe vers le tube digestif ou la muqueuse génito-urinaire, ne tarderait pas à observer, en même temps qu'une amélioration dans les phénomènes de la maladie du cœur, une aggravation progressive et à un degré souvent aussi marqué dans ces symptômes secondaires.

Les cas de maladie organique du cœur, dans lesquels M. Pfaff a cru trouver l'indication de recourir à la digitale, étaient au nombre de 72 : 42 chez des sujets du sexe masculin et 30 chez des sujets du sexe féminin, 7 cas chez des enfants au-dessous de 10 ans, 18 chez des enfants de 10 à 20 ans, 13 chez des sujets de 20 à 30 ans, 9 de 30 à 40 ans, et 25 de 40 à 60 ans.

Il est remarquable que les sujets au-dessus de 20 ans et les enfants appartenaient pour la plupart au sexe féminin, dans la proportion de 11 à 7 ou de 5 à 2; c'était l'inverse à une période plus avancée de la vie. Les maladies du cœur d'origine congénitale, suite d'endocardite développée dans la vie fœtale, ou d'obstacles morbides à la circulation, étaient au nombre de 3, et la mort eut lieu 2, 14 et 20 semaines après la naissance. Deux fois seulement la maladie du cœur s'était montrée à la suite d'une scarlatine, et, dans un cas, elle succédait à une métastase rhumatismale.

C'est un fait assez digne de remarque qu'à la puberté et dans le travail de développement qui la prépare, il se produit, principalement chez les sujets du sexe féminin, une véritable diathèse des maladies du cœur. J'ai fait si souvent cette observation, dit M. Pfaff, que je considère presque comme la règle chez les jeunes filles, à cette période de la vie, la présence de l'hypertrophie du cœur, le plus souvent excentrique, à des degrés divers d'intensité, et, par contre, que je tiens pour une exception le fait d'un cœur entièrement normal à cette même époque. Dans ces circonstances, on ne peut rien attendre d'utile de la digitale; au contraire, elle est beaucoup plus nuisible qu'utile, et bien loin d'obtenir la sédation désirée du cœur et du système artériel, je n'ai pas rencontré dans les malades de cette catégorie moins de 6 cas dans lesquels, après l'administration de la digitale à dose assez élevée, il s'est produit une excitation du système artériel, des organes uropoiétiques et des organes sexuels, qui s'est prolongée pendant plusieurs jours. Dans un de ces cas, la digitale détermina de la strangurie, et comme ce symptôme était survenu chez une malade qui n'avait jamais éprouvé un pareil accident et quelques heures seulement après l'administration d'une cuillerée à bouche d'une infusion de digitale (2 gram-

mes pour 125 grammes de colature), il ne pouvait y avoir aucun doute sur sa cause véritable.

D'une manière générale, je suis arrivé à cette conviction que la digitale a sur les organismes jeunes une action tout autre et des résultats beaucoup plus incertains que chez les sujets plus âgés ; passé 42 ans, je ne l'ai presque jamais vue manquer son effet. C'est ainsi que sur les 25 cas de maladie du cœur compris entre 40 et 60 ans, dans lesquels la digitale a été employée, 4 fois seulement je l'ai vue ne pas réussir. Dans un de ces cas, chez une femme de 45 ans, la digitale, même à petite dose, avait amené une excitation notable du pouls ; de 100 pulsations il était monté à 128 ou 130, et ce fut seulement huit jours après la cessation du médicament que les choses commencèrent à rentrer dans l'ordre. Des phénomènes semblables, mais un peu moins prononcés, se montrèrent chez deux sujets déjà très-amaigris et très-affaiblis. En revanche, je trouve dans mes observations le fait d'un homme de 52 ans affecté de maladie du cœur chez lequel la digitale, ni à dose forte, ni à dose faible, ne parut avoir la moindre influence, de sorte qu'il existait chez cet homme une véritable immunité contre les effets de la digitale, de la même manière que les autres présentaient une véritable idiosyncrasie de sensibilité à l'endroit de ce médicament. Mais des faits de ce genre ne doivent pas affaiblir notre confiance dans la digitale, parce que cette diversité d'action, suivant les individus, se retrouve chez certaines personnes pour d'autres médicaments, tels que l'opium, par exemple, ce qui n'empêche pas l'opium d'être une des plus précieuses ressources de la thérapeutique. Souvent même j'ai retrouvé cette idiosyncrasie relative à l'action de la digitale chez des sujets, et plus particulièrement des femmes faibles et délicates, chez lesquels l'opium ne produisait pas de calme, mais bien une excitation très-marquée.

Dans les cas où cette sensibilité de l'organisme à l'action de la digitale existe chez des personnes qui ne sont pas affectées de véritable maladie du cœur, on peut y remédier le plus souvent par l'emploi des préparations de fer et surtout des préparations arsenicales; et si, après cette espèce de cure préalable, on administre la digitale, on voit le médicament se comporter de la manière ordinaire, manifester en premier lieu ses propriétés excitantes et consécutivement ses propriétés déprimantes. C'est ce qui m'a conduit, dans quelques cas où il existait réellement une maladie du cœur, à associer la digitale à l'arsenic. Dans un cas, par exemple, où il existait une endocardite avec maladie des valvules du cœur gauche

survenue chez un homme de quarante-neuf ans, à la suite d'un refroidissement, ce traitement par l'arsenic et la digitale concourut à prolonger la vie pendant sept ans. A trois reprises différentes, dans cet intervalle de temps, il survint des phénomènes d'hydropisie qui disparurent jusqu'à ce qu'une hydropisie du péricarde vînt mettre un terme à l'existence. La digitale était employée pendant sept à huit semaines, à titre de sédatif, et l'arsenic venait ensuite, par son action sur le sang, faire disparaître les phénomènes de cyanose. Je me suis convaincu, en effet, que l'arsenic mis en contact avec les globules du sang en dissout une partie et contracte les autres, de sorte qu'il en résulte une disposition moindre aux stases sanguines. Par suite, dans ces cas, on administrera le premier jour, toutes les deux heures; le deuxième, toutes les trois heures, et ainsi de suite, en retardant d'une heure, jusqu'à ce qu'il y ait vingt-quatre heures d'intervalle, une cuillerée à bouche d'une infusion de digitale (4 grammes pour 150 grammes de colature), et lorsqu'après cinq ou huit semaines les battements du cœur auront été suffisamment ralentis ou affaiblis, lorsque, par suite, les phénomènes de cyanose tendent à s'aggraver, on commencera la solution de Fowler, à la dose de 5 gouttes, matin et soir, immédiatement après avoir mangé, afin de refréner les phénomènes cyanotiques.

M. Pfaff examine ensuite les diverses préparations de digitale auxquelles on peut avoir recours dans les maladies du cœur.

La *poudre* est un excellent mode d'administration; pourtant M. Pfaff préfère l'*infusion* préparée avec une dose qui varie de 1gr,20 à 4 grammes de feuilles pour 125 à 200 grammes de colature, 4 cuillerées par jour. La poudre affecte, en effet, l'estomac d'une manière plus tranchée, détermine des maux de cœur, des douleurs d'estomac, tandis que l'infusion donne plus souvent des coliques. La *décoction* (2 grammes pour 200) présente cette action sur l'intestin à un degré plus marqué ; mais elle a aussi des propriétés plus diurétiques que les autres préparations.

La *teinture alcoolique* a la même action que l'infusion; mais, à plus faible dose, elle provoque des phénomènes cérébraux congestifs, des vertiges, etc. Même action, et encore plus rapide, de la *teinture éthérée*, disparaissant, à la vérité, lorsque se montrent les symptômes de l'action cardiaco-vasculaire.

Mais le point intéressant des recherches de M. Pfaff est celui relatif à l'emploi extérieur. Contrairement à l'opinion de beaucoup de médecins, il regarde cet emploi comme pouvant rendre des services dans les cas où des complications s'opposent à son emploi intérieur. Il si-

gnale, par exemple, l'utilité d'un mélange à parties égales de chloroforme et de teinture éthérée ou alcoolique de digitale (8 grammes de ce mélange sur une compresse, trois fois par jour, la compresse maintenue tant qu'il existe une sensation de brûlure). Après deux ou trois jours, on voit paraître l'action dépressive, sans phénomènes d'excitation préalable. De même, il recommande l'application, sur un vésicatoire dénudé, de 30 centigrammes de poudre de digitale, matin et soir. Chez les enfants, il suffit, après avoir rougi la peau avec un sinapisme, d'appliquer une compresse trempée dans la teinture de digitale. On parvient quelquefois ainsi à tenir en bride l'activité du cœur, pendant des semaines et des mois. Les lotions avec un mélange de teinture de digitale et de vinaigre sont encore très-utiles dans les cas d'ascite et d'hydropisie des extrémités inférieures. Quant aux frictions et aux emplâtres sur la peau saine, ils ne donnent aucun résultat.

Nous reproduisons, en terminant, les conclusions dans lesquelles M. Pfaff a résumé les points principaux relatifs à l'administration de la digitale dans les maladies du cœur :

1° La digitale ne doit pas être administrée à dose croissante, mais bien *à dose décroissante;*

2° Il faut diminuer la dose de ce médicament, dès que l'action paralysante se fait sentir sur le cœur et le système artériel ;

3° L'action calmante exercée par la digitale sur l'activité pathologiquement augmentée du cœur est durable et se prolonge souvent pendant cinq à huit semaines ;

4° La digitale ne doit pas être continuée, sous quelque forme que ce soit, plus de six ou huit jours; si, après huit jours de son emploi, on n'a pas encore obtenu les résultats désirés, il faut recourir à la scille ou au colchique. Comme on le sait, ces deux derniers moyens exercent aussi une action calmante sur l'activité du cœur, et si, après les avoir employés, on a de nouveau recours à la digitale, les symptômes médicamenteux sont plus prompts à se manifester et se prolongent plus longtemps ;

5° Chez les sujets torpides, il est convenable de faire précéder l'administration de la digitale d'une espèce de cure préalable par la scille et le colchique ;

6° Dans le plus grand nombre de cas, il est avantageux, pour éviter les troubles fâcheux produits par la digitale sur les organes de la digestion, de l'associer avec des aromatiques, des extraits amers ou des toniques ;

7° Chez les personnes âgées, il est mieux encore de l'associer au quinquina;

8° Chez les tuberculeux, la digitale doit être associée à l'opium; chez les hydrémiques, à la liqueur de potasse et d'acétate d'ammoniaque, au polygala, à la scille, au rob de genièvre, etc.; chez les pléthoriques, à la crème de tartre, à la magnésie, au sulfate de potasse et au nitre; chez les anémiques, à l'extrait et à la teinture de malate de fer;

9° En faisant suivre l'emploi de la digitale de l'administration de l'arsenic, on parvient souvent à atténuer considérablement les effets cyanotiques des maladies du cœur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la curabilité de la surdi-mutité nerveuse par la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets.

Par le docteur Duchenne (de Boulogne).

A la suite d'une note intitulée : *De la valeur de la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets, appliquée au traitement de la surdité nerveuse,* note que j'ai publiée dans ce journal (*Bull. de Thérap.*, t. LV, p. 105 et 160), j'ai relaté un cas de semi-guérison d'une surdi-mutité congénitale par le même procédé de faradisation. « Ce fait, écrivais-je alors, a été rigoureusement et scientifiquement observé; il offre toutes les garanties d'honnêteté et d'authenticité désirables. De plus, il est déjà jugé par le temps; l'enfant, devenu demi-sourd, développe sa parole et fait son éducation, à l'aide de son ouïe. Tout me fait donc un devoir de le publier. Cependant je vais peut-être, en relatant ce fait, m'attirer bien des brocards. »

C'est qu'alors je savais que ce fait allait remettre en question *la curabilité de la surdi-mutité congénitale,* question qui paraissait résolue d'une manière négative.

Aujourd'hui cette opinion n'est pas encore modifiée parmi la plupart des hommes qui, en raison de leurs études spéciales, paraissent les plus autorisés. L'un d'entre eux, M. Menière, qui ne peut ignorer les recherches auxquelles je me suis dévoué, est venu tout récemment encore formuler cette opinion dans les termes les plus désespérants (1).

(1) *De l'expérimentation en matière de surdi-mutité,* mémoire lu à l'Académie de médecine, par M. Menière. (Gazette médicale de Paris, décembre 1860).

Scientifiquement un tel langage n'est pas justifiable ; il est condamné même par les écrits de celui qui le tient. « La surdi-mutité congéniale, écrivait M. Menière en 1846, dans la Gazette médicale, dépend quelquefois d'un vice de conformation de l'oreille, et dans ce cas c'est un arrêt de développement, une aberration organique. *Dans beaucoup d'autres dissections je n'ai trouvé aucune lésion apparente des parties constituantes de l'oreille*, et l'on peut croire que la surdité dépend d'une altération du système nerveux. » La même opinion avait été formulée par Itard ; elle est aujourd'hui confirmée par un grand nombre de faits d'anatomie pathologique. — Il existe donc une espèce de surdi-mutité congéniale, sans lésion matérielle appréciable. En conséquence, personne, quelque grande que soit son autorité, n'a le droit d'affirmer aujourd'hui que cette surdi-mutité nerveuse est incurable. — Nous devons certainement stigmatiser le charlatanisme et faire tomber les illusions des guérisseurs ; mais ceux qui se donnent la sainte et difficile mission de garder le sanctuaire de la science et de la vérité, ne doivent pas fermer la porte au progrès. Or, c'est ce que l'on fait, pour ce qui a trait à la surdi-mutité congénitale, en venant déclarer, en pleine Académie, sans preuve scientifique, que « dans tous les cas cette infirmité est à jamais incurable. »

La presse médicale a unanimement et avec raison protesté contre une assertion aussi légèrement émise ; je réponds à son appel en venant faire connaître aujourd'hui les résultats des quelques recherches que j'ai faites sur cette question humanitaire.

Sur sept sourds-muets de naissance, soumis à la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets, l'un n'est plus que demi-sourd, apprend la parole et fait son éducation à l'aide de l'ouïe ; chez deux autres, ce sens se développe d'une manière très-remarquable ; enfin les quatre derniers n'ont encore éprouvé aucune modification appréciable. Ayant à démontrer ici l'influence thérapeutique de cette méthode de traitement sur la surdi-mutité nerveuse, il ne sera question que des trois premiers.

Obs. I. — L'histoire du sourd-muet chez lequel l'ouïe s'est le plus développée sous l'influence de la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets a été publiée dans mon premier article (voir *Bull. de Thérap.*, t. LV, p. 297). J'y renvoie le lecteur.

Il y a été parfaitement établi que ce jeune garçon, sourd-muet de naissance, nommé Raymond C***, âgé de huit ans lorsque son traitement a été commencé, a entendu après quelques excitations

faradiques de la corde du tympan et des muscles des osselets; que son ouïe s'est améliorée progressivement dans les séances suivantes; qu'après trois cures composées chacune d'une trentaine de séances, et pratiquées à des intervalles de six mois à un an, cet enfant n'était plus qu'un demi-sourd ; enfin, que depuis son traitement l'on a pu, seulement à l'aide de son ouïe, faire l'éducation de sa parole et développer ses facultés intellectuelles.

Depuis la publication de ce fait dans ce journal, c'est-à-dire depuis 1858, le jeune Raymond m'a été ramené chaque année pour subir une nouvelle cure qui a toujours été suivie d'une amélioration notable. Mais dans l'intervalle son état est resté stationnaire. Aujourd'hui, en janvier 1861, il est encore demi-sourd. Placé dans une institution où il fait son éducation par l'ouïe, sous l'habile direction de M. Houdin , Raymond me sera ramené quatre fois dans l'année, pour être soumis à une vingtaine d'excitations chaque fois. Espérons que, sous l'influence de ce traitement plus suivi, il sera possible de le faire jouir d'une audition plus complète. Je dois dire que, depuis que la parole de Raymond est assez développée pour qu'il puisse rendre compte des sensations ou des impressions que lui fait éprouver la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets, j'ai pu constater que cette excitation électrique provoque chez lui tous les phénomènes électro-physiologiques normaux : à savoir, la sensation linguale et l'impression auditive dans le fond de l'oreille.

J'ai encore à exposer l'observation des deux autres sourds-muets en voie d'amélioration, sinon de guérison, que j'ai traités par la même excitation électrique de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Ces deux faits sont des plus intéressants, parce que les sujets de ces observations avaient été traités antérieurement, sans résultat appréciable, pendant plusieurs années par des médecins auristes des plus habiles.

L'un de ces deux sourds-muets, Albin X***, de Barcelone, âgé de neuf ans, m'avait été spécialement recommandé par M. Rayer. Il était placé depuis quelques années dans l'institution de M. Houdin, dans laquelle on développe la parole, chez de jeunes sourds-muets, à l'aide d'une admirable méthode qui en même temps leur apprend à lire sur les lèvres. Doué d'une grande intelligence, ce jeune garçon avait fait de tels progrès que la première fois qu'il me fut présenté, je pus converser avec lui. Il répondait si clairement à mes questions que j'aurais cru qu'il m'entendait, si je n'avais été prévenu de sa surdi-mutité ; il me comprenait aux mouvements de mes

lèvres. Mais je reviens au sujet principal de cette note, à la curabilité de la surdi-mutité nerveuse. Je vais exposer l'observation que M. Houdin a bien voulu rédiger d'après les notes qu'il a prises sur les résultats progressifs du traitement suivi par son jeune pensionnaire.

Obs. II. *Surdi-mutité congénitale améliorée par la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs du marteau.* — « Le jeune Albin X***, âgé de quatorze ans, d'une bonne santé, est sourd depuis la première année de son existence; peut-être même l'est-il de naissance; car le père, en émettant la première opinion, n'ose la présenter comme une conviction, ne pouvant d'ailleurs invoquer à l'appui aucune circonstance de la vie de son enfant, à laquelle on puisse sérieusement attribuer la surdité accidentelle.

« Cet enfant a été traité sans succès pendant plusieurs années par divers médecins auristes (pendant trois ans, par le cathétérisme de la trompe d'Eustache). C'est à la suite de ces traitements qu'on a dû prendre le parti de lui enseigner la parole sans le secours de l'oreille.

« Quand nous le présentâmes à M. le docteur Duchenne (de Boulogne), l'enfant n'entendait rien. Il ne percevait, comme tous les sourds-muets de naissance, que les bruits imprimant à l'air ou au sol un ébranlement capable d'affecter les nerfs tactiles, tels que le bruit du tonnerre, du canon, etc.

« Par suite des plus persévérants efforts, Albin X*** avait appris, malgré sa surdité profonde, à parler à peu près comme tout le monde, et à lire la parole sur les lèvres d'autrui avec une facilité des plus remarquables, de sorte qu'il nous a été facile de nous rendre un compte exact des impressions qu'il a ressenties et des résultats obtenus sous l'influence d'une première série de trente séances d'excitations électriques.

« Dès la première séance, les symptômes les plus favorables se manifestèrent; l'excitation électrique produisit dans l'oreille une sensation que l'enfant compara à une espèce de chatouillement ou de picotement qui n'avait rien de désagréable, et qui se transforma bientôt, dans la même séance, *en une espèce de bruit* qu'il nous rendait par les sons *tic, tic, tac, tac.* Dans la deuxième séance, une *sensation de picotement à la langue,* sensation que M. Duchenne regarde comme d'un bon augure, fut facilement accusée. Ces diverses sensations paraissaient faire un plaisir extrême à notre jeune malade, dont le regard étonné et la physionomie épanouie nous exprimaient encore mieux sa joie que ses paroles. Ces sensations étaient entièrement nouvelles pour lui, telle est du moins l'assurance qu'à plusieurs reprises il nous a formellement donnée.

« A la suite de la troisième séance, nous avons pu constater l'existence de la sensibilité auditive. Les voyelles *a, o,* ont été positivement entendues, sur un ton très-élevé, il est vrai, et l'oreille placée très-près de la bouche. Nous avons eu soin, toutefois, de laisser une distance entre elles, afin que le sens tactile ne pût saisir les mouvements de la dernière; le courant d'air vibrant était, d'ail-

leurs, dirigé de manière à ne pas frapper les houppes nerveuses de la peau. Dans cette même séance, les autres voyelles ont été distinguées des deux premières, mais elles n'ont été que confusément perçues. L'enfant les prenait souvent l'une pour l'autre. Expression de joie et d'étonnement en entendant cette fois la voix humaine. Nouvelle assurance que cette sensation était entièrement nouvelle.

« Après la quatrième séance, les cinq voyelles furent perçues, l'oreille étant toujours près de la bouche, mais sur un ton plus bas, un peu plus élevé encore cependant que celui de la conversation ordinaire. L'*a* et l'*o* étaient reproduits sans hésitation aucune par l'enfant, dès la première émission ; les autres voyelles, pour être reproduites, avaient besoin d'être émises plusieurs fois. Voici, du reste, l'ordre dans lequel nous pouvons les ranger, par rapport au degré de facilité avec lequel elles étaient perçues : 1° *a*, 2° *o*, 3° *e*, 4° *i*, 5° *u*.

« Ce progrès ne s'est pas arrêté. Dans l'intervalle de trente séances, l'enfant est arrivé à saisir par l'oreille une centaine de mots avec lesquels l'ouïe est aujourd'hui familiarisée et sur lesquels il ne se trompe généralement pas. Quelques phrases courtes, comme *Où est ton chapeau ? Donne-moi mon chapeau*, sont elles-mêmes perçues à une très-petite distance et sur un ton peu élevé. Nous avons aussi voulu exercer l'enfant à s'entendre lui-même ; ce à quoi il parvient en élevant la voix.

« Des expériences non moins concluantes sont celles que nous avons faites chaque jour, à l'aide de l'orgue harmonium. Avant la première séance, certaines notes basses n'étaient perçues que par les nerfs tactiles, de la même manière que les bruits explosifs. Aussitôt après cette première séance, nous avons remarqué que l'oreille était plus ou moins affectée par ces mêmes notes. Chaque jour, ou dans l'intervalle de deux ou trois jours, l'oreille saisissait plus ou moins régulièrement une ou deux notes de plus ; de sorte qu'après avoir atteint et dépassé le médium correspondant à l'échelle de la voix de baryton, nous avons fini par arriver aux notes les plus élevées, qui n'ont toujours paru les plus difficiles à saisir pour nos enfants. Dans l'intervalle de ces trente séances, nous avons ainsi parcouru un clavier de cinq octaves et demie, soit de trente-cinq à quarante notes réellement acquises.

« Dans ce même espace de temps, diverses autres circonstances sont venues confirmer encore et surabondamment l'amélioration déjà si évidente de l'état de l'ouïe. Dès les premières séances, l'enfant a poussé un cri d'étonnement et de joie, et porté vivement les mains aux oreilles en entendant le sifflet d'une locomotive. Quelques jours après, c'était le sifflet beaucoup moins intense des conducteurs d'omnibus qui produisait le même effet. A peu près à la même époque, comme nous traversions avec l'enfant une fête des environs de Paris, il nous a fait remarquer à plusieurs reprises qu'il entendait la musique des saltimbanques. Les années précédentes, cette même musique ne lui avait fait aucune espèce d'impression.

« Le 15 août (jour correspondant à peu près à la quinzième séance), des Champs-Elysées à la hauteur de la rue de Chaillot, l'enfant nous a

affirmé entendre les explosions du feu d'artifice tiré sur les hauteurs du Trocadéro. A la même époque, le bruit des voitures, rue de la Chaussée-d'Antin, lui faisait fréquemment porter les mains aux oreilles, comme pour éviter une sensation trop forte, désagréable.

« Une remarque importante à faire, complément naturel de cette observation, c'est le secours puissant que nous a prêté l'orgue pour le développement lent, mais progressif, de l'ouïe réveillée sous l'influence des excitations électriques. Bien des fois il nous est arrivé de prononcer un mot, quelques mots sur un ton très-élevé. Ils n'étaient point entendus même après avoir été répétés plusieurs fois. Cinq minutes d'audition attentive près du clavier de l'orgue, pendant lesquelles nous saturions pour ainsi dire l'oreille de sons méthodiquement gradués, suffisaient pour que les mêmes mots fussent tout à coup entendus sur un ton beaucoup moins élevé, et quelquefois même sur le ton de la conversation. »

En résumé, il s'agit, dans l'observation relatée par M. Houdin, d'un enfant dont la surdité, qu'elle soit congéniale ou qu'elle soit seulement accidentelle, était assez profonde pour le condamner à un mutisme complet ; qui, mis en possession de la parole sans le secours de l'oreille, par des efforts inouïs de patience et de persévérance, n'entendait absolument rien, pas même les plus puissantes vibrations de l'orgue, lorsqu'il me fut présenté.

Cet enfant, après trente séances de faradisation de l'oreille moyenne et interne, a non-seulement entendu de trente-cinq à quarante notes de l'orgue, mais encore le sifflet des conducteurs d'omnibus, la musique d'orchestre en plein air, les explosions d'un feu d'artifice tiré à 500 ou 600 mètres de distance au moins, et enfin, ce qui est plus péremptoire encore, les sons mêmes de la voix humaine et un certain nombre de mots articulés. Ce fait est certainement digne du plus profond intérêt et de la plus sérieuse attention.

Après une absence de près de deux mois, l'oreille était à peu près dans le même état qu'au départ. Il y avait affaiblissement dans le degré d'aptitude fonctionnelle, résultat évident du défaut d'exercice. Deux ou trois notes de l'orgue (les plus élevées) étaient perdues, mais elles ont été regagnées par la reprise des exercices. Ce qu'il importe de constater, c'est que le degré d'amélioration obtenue dans l'état de l'ouïe n'avait pas diminué ; le traitement sera continué. . . . .

A la même époque, je faisais une tentative électro-thérapeutique analogue chez une jeune fille affectée de surdi-mutité congénitale, et chez laquelle on avait essayé sans aucun succès une foule de traitement. Pendant trois années, M. Hubert Valleroux, dont tout

le monde connaît l'habileté, avait pratiqué le cathétérisme. Ce savant médecin auriste se croyait d'autant plus fondé à en obtenir de bons résultats que, par la même méthode de traitement, il avait guéri le frère de cette jeune fille, qui était comme elle sourd-muet de naissance. Aussi la famille avait-elle prié M. Hubert Valleroux de continuer ses soins avec une grande persévérance. Le frère et la sœur, d'un tempérament lymphatique, offraient une obstruction des trompes d'Eustache.

Le cathétérisme, longtemps pratiqué par M. Hubert Valleroux, avait complétement débarrassé, chez tous deux, ces trompes. L'ouïe du jeune garçon s'était développée progressivement, et l'éducation de ce sens a été faite par M. Valade Gabel ; mais sa sœur était restée aussi sourde qu'auparavant. La conclusion à en tirer, c'est que l'obstruction de la trompe causait seule la surdité chez le premier ; tandis que chez l'autre il existait, en outre, soit une altération anatomique d'une partie quelconque de l'oreille moyenne ou interne, soit une paralysie nerveuse du nerf auditif. (Nous verrons bientôt quelle était la nature de cette surdité). Après deux années, le cathétérisme, toujours très-pénible chez Mlle X***, et qui avait été pratiqué régulièrement, dut être abandonné. Une dame d'une haute intelligence s'est ensuite dévouée à son éducation, appliquant la méthode employée antérieurement par M. Valade Gabel pour le développement de sa parole. Cette dame a suivi jour par jour l'influence de la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets sur l'ouïe de sa jeune élève. Je vais publier ci-dessous, sous forme d'observation, une note où elle a bien voulu consigner les modifications constatées pendant ce traitement.

Obs. III. *Surdi-mutité congénitale traitée par la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs de la membrane du tympan. — Amélioration.* — « Mlle Jenny O***, sourde-muette de naissance, a été traitée par le cathétérisme et par tous les moyens connus jusqu'ici contre cette infirmité. Plusieurs modes d'électrisation, agissant d'une manière générale, ont aussi été employés sans succès.

« L'oreille gauche semble être un peu moins inerte que la droite : des sons très-forts et très-aigus paraissent l'affecter. Le mot *papa* et le prénom de l'enfant sont perçus et répétés ; mais ces mêmes mots, articulés avec la bouche sur la main de Jenny, sont également répétés par elle, quoiqu'elle n'ait pu voir le mouvement des lèvres. Cette jeune enfant est vive, sensible, intelligente et très-nerveuse ; on peut croire que le tact l'aide autant que l'ouïe à percevoir ces deux mots. Elle semble entendre un peu la voix humaine, mais il

est impossible de faire percevoir une seule syllabe en dehors des deux mots dont j'ai parlé, ni de constater aucun autre signe d'audition.

« Le 9 juin 1859, nous avons commencé le traitement de M. Duchenne, et voici le résultat de mes observations annotées chaque jour et après chaque exercice. Jenny avait alors treize ans.

« Le 17 juin, après la neuvième séance, l'oreille gauche, que nous appelons la bonne, semble percevoir quelques sons; une sonnette agitée près de l'oreille, un réveille-matin mis en mouvement tout près aussi, sont entendus. Jenny distingue très-bien quand ce bruit cesse ou reprend. Enfin quelques mots d'une et de deux syllabes sont entendus et répétés; mais il y a intermittence : le lendemain, l'audition est à peu près nulle.

« Nous oscillons ainsi du 17 au 24 juin. A la quinzième séance, l'oreille droite, la mauvaise oreille, celle qui n'a jamais rien entendu, perçoit tout à coup la voix; plusieurs mots d'une et de deux syllabes sont assez nettement distingués et répétés. L'oreille gauche ne reste point en arrière, et, à partir de ce jour, l'une et l'autre ont progressé à l'unisson.

« Mais nous continuons à subir des oscillations considérables; il est des jours où nous n'avons aucune audition, d'autres au contraire où nous sommes tout surpris de faire entendre des mots d'une, de deux et même de trois syllabes.

« Le 4 juillet, malgré la continuation exacte des visites chez M. Duchenne, l'audition se trouve presque entièrement supprimée; le 5, même situation. Enfin un violent coryza se déclare et il explique notre désastre. Le traitement est interrompu pour quelques jours; mais, sur l'avis de M. Duchenne, nous le continuons et nous achevons notre cure de trente séances, à travers ce coryza, sans reconquérir le moindre degré d'audition. Le rhume dura assez longtemps : ce ne fut que vers le 11 juillet qu'il commença à décroître, et le 12 il y avait déjà quelque amélioration dans l'audition; le 13, l'ouïe était relevée à une très-bonne moyenne des oscillations antérieures. Ce degré s'est maintenu et s'est même un peu accru par l'exercice.

« Nous partons alors pour la campagne et, pendant un intervalle de trois mois, nous constatons un progrès désormais incontestable : il est de rien à quelque chose. C'est un pas immense qui nous permet d'exercer l'ouïe, d'apprendre à répéter un assez grand nombre de mots.

« Toutefois, c'est peu encore; il faut parler très-fort et très-près de l'oreille; ce qui rend les exercices fatigants. Les mots sont souvent rendus d'une façon très-confuse et inintelligible. L'ouïe manque entièrement d'acuité; plusieurs voyelles ne sont pas distinguées de leurs voisines phonétiques; plusieurs consonnes sont entièrement confondues entre elles, sans qu'aucun exercice puisse réussir à les faire reconnaître.

« De plus, malgré toutes les précautions contre les influences atmosphériques, il y a encore de très-grandes inégalités, et la fixité d'une température chaude et sèche n'en maintient aucune dans l'audition de notre chère enfant.

« Le 20 octobre, nous reprenons le traitement et nous commençons la seconde cure. Les premières séances ne semblent donner aucun résultat : l'audition est relativement très-mauvaise. Vers la dixième faradisation, il y a progrès ; le mieux augmente rapidement pendant quatre ou cinq jours. On peut faire entendre à voix presque ordinaire de petites phrases en assez grand nombre. Mais les oscillations reviennent plus grandes que la première fois. Du jour au lendemain, l'audition s'élève, mais semble n'avoir fait un effort que pour retomber plus bas. Vers la seizième faradisation, survient, sous l'oreille droite, le gonflement d'une glande avec douleur, et il faut interrompre pour trois semaines. Pendant ce temps, le peu d'exercices possibles sert du moins à constater et à maintenir un progrès nouveau. Nous reprenons ensuite le traitement, et les oscillations recommencent. Cette seconde cure s'est terminée seulement vers la fin de décembre.

« C'est avec une bien réelle satisfaction que je constate pendant cet intervalle un progrès précieux dans l'audition. Les inégalités qui nous ont tant affligées, ne se reproduisent plus ; du moins elles se sont amoindries. Il n'est plus besoin d'une émission de voix aussi forte pour faire entendre des phrases un peu plus étendues que les premières ; on peut s'abstenir d'appliquer, comme il y a trois mois, la bouche, pour ainsi dire, sur l'oreille, et je me fais souvent entendre à voix presque ordinaire, à la distance de 2 ou 3 centimètres.

« J'ajouterai une observation : j'ai cru remarquer plusieurs fois que le temps sec, la gelée par exemple, non-seulement n'ajoute rien à l'acuité de l'ouïe, mais semble au contraire nous ôter quelque chose. Avec la reprise de la gelée, j'ai souvent trouvé une diminution assez notable.

« Le 17 mars 1860, nous commençons la troisième cure, et mes observations, annotées chaque jour, me donnent ce résumé : dès les premières faradisations, l'audition, qui était restée assez égale pendant l'intervalle, et malgré les variations atmosphériques de l'hiver, est troublée de nouveau et semble s'affaisser ; mais cela ne dure pas, et le 23 mars il y a déjà amélioration. Toutefois, Jenny se plaint de douleurs d'oreilles que le bruit de la voix augmente. Le 3 avril, sous l'influence du traitement, les douleurs continuent et l'ouïe est considérablement affaissée. Le 7, l'audition est très-bonne ; on peut parler assez bas, mais l'enfant est souffrante, elle se plaint beaucoup de douleurs autour du cou et des oreilles. Les exercices lui sont fort désagréables. Le 9, je constate un progrès frappant dans l'audition à distance : plusieurs bruits sont entendus et souvent même la voix ; ainsi, en appelant Jenny, la plupart du temps elle se retourne en répétant son nom. Le 13 avril, audition excellente ; elle n'a jamais été aussi bonne. Si le progrès se soutenait ainsi, nous arriverions en peu de temps. Les jours suivants, nous perdons un peu, mais le 20 avril, le progrès est considérable. L'audition est vraiment très-satisfaisante, elle prend de l'acuité. Le dimanche 23, Jenny assiste au catéchisme de paroisse ; elle entend les chants des jeunes filles et y prend plaisir. Elle en est fière et, à

partir de ce jour, elle me demande à y assister régulièrement. Elle m'assure qu'elle entend la voix du catéchiste, sans toutefois distinguer ce qu'il dit. L'audition se soutient très-bien jusqu'à la fin de la cure qui a lieu le 2 mai.

« Un enchifrènement survient le 3, et nous voilà retombées; l'ouïe est dure, pénible; Jenny ne se prête pas volontiers aux exercices. Le 4, l'audition est très-bonne, quoique Jenny soit extrêmement nerveuse. Encore un peu plus d'acuité, et nous serions sauvées. Les consonnes sont beaucoup mieux distinguées entre elles. Il y a un progrès considérable.

« Le 10 mai, grande diminution; l'acuité acquise a disparu; le 16 seulement le progrès se retrouve dans son intégrité, mais il ne se soutient pas. L'enfant est si importunée par la voix, si fatiguée des moindres exercices, qu'il semble que tout soit perdu. L'audition est très-mauvaise. État lymphatique, sensibilité très-grande. Jenny prend du fer. Cette mauvaise disposition dure jusqu'au 25, et alors, comme toujours, l'ouïe se relève tout à coup. La leçon est enlevée avec entrain, et Jenny écrit sous ma dictée, faite à son oreille, une petite demi-page. L'enchifrènement, qui avait disparu, est revenu assez fort. Le 26, l'ouïe est mauvaise; le 28, excellente. A partir de ce moment, la moyenne se produit enfin; notre acquis se régularise et peut s'apprécier. Le résultat de cette cure est bon et relativement considérable. L'ouïe a pris de l'acuité, elle s'exerce dans une certaine mesure, à distance.

« Sans doute Jenny n'est pas encore une entendante; son audition ne peut suffire aux communications sociales. Elle est même encore insuffisante pour l'éducation. Cependant, je commence à en tirer une grande et réelle utilité.

« Mais cette jeune fille a une organisation si impressionnable que les moindres influences morales retentissent sur son ouïe encore faible et peu exercée. La timidité et la distraction que lui cause la présence de personnes étrangères lui enlèvent une grande partie de ses moyens. Elle distingue alors beaucoup moins bien les mots et les petites phrases qu'elle entendait l'instant d'avant. De plus, malgré le désir qu'elle a d'entrer en rapport avec ceux qui l'entourent, sa nature vive et primesautière répugne à une attention longtemps soutenue. Ces circonstances n'ont pas permis jusqu'à présent aux personnes mêmes de sa famille de constater aussi bien que moi ses progrès.

« J'ai fait une autre observation : si je vois Jenny enjouée et animée se prêter volontiers à sa leçon, je suis assurée que l'audition sera bonne. Si au contraire cette petite sensitive éprouve quelque légère contrariété, ou si, par soumission seulement, elle se résigne à ses exercices, il y aura déchet, souvent même presque pas d'audition. L'ouïe plus ouverte et percevant les bruits voisins influet-elle sur l'humeur de l'enfant; ou bien l'état général agit-il sur l'ouïe? Je ne saurais répondre à cela, mais j'affirme le fait comme constant.

« Le 22 juin, nous avons commencé une quatrième cure qui a été interrompue par une indisposition de Jenny, et ensuite, par une

absence d'un mois de M. Duchenne; elle ne s'est achevée que le 17 août. Faut-il attribuer à cette interruption le peu de progrès que nous y avons fait? A cet égard, cette dernière cure a été très-inférieure aux précédentes. Je dirais presque qu'elle a été nulle, si malgré un grand voyage et de longues vacances, pendant lesquelles on ne l'a presque pas exercée, ma chère enfant ne m'était revenue avec l'intégrité au moins de l'ouïe qu'elle avait en partant.

« Aujourd'hui, 30 janvier 1861, après six mois bientôt d'interruption du traitement, l'audition est meilleure qu'elle n'a jamais été, et je crois pouvoir dire, sans exagération, qu'il y a progrès sur tout le passé. J'ajoute que, si l'ouïe restait comme elle est en ce moment, elle serait presque suffisante pour les besoins de l'éducation.

« Oui, l'impressionnabilité toute particulière, la timidité de cette charmante enfant ont souvent empêché les étrangers, et même les personnes de sa famille, d'apprécier ses progrès. Mais moi, qui ai la conscience et la conviction de tout ce que nous avons acquis sous l'influence du traitement de M. Duchenne, je ne puis, en considérant ce qu'a donné le passé, me défendre d'espérer de nouveaux progrès pour l'avenir.

« Je hâte de mes vœux l'instant où nous pourrons reprendre nos bienfaisantes cures, qui ont été interrompues par des circonstances indépendantes de ma volonté.

« La vérité, la plus scrupuleuse observation fixée chaque jour par des notes m'ont dicté ces renseignements que j'ai l'honneur de transmettre à M. Duchenne. »

Les trois faits de surdi-mutité que j'ai relatés ci-dessus portent en eux-mêmes leur conclusion : ils établissent d'une manière incontestable que certaines surdi-mutités peuvent être améliorées à des degrés divers.

Leur diagnostic ne saurait être révoqué en doute, car j'ai toujours eu soin, pour prévenir les objections, de le faire contrôler par les médecins auristes les plus justement estimés.

On ne sait pas encore tout ce que peut rendre ce mode de faradisation, appliqué au traitement de la surdi-mutité, parce que mes expériences ont été faites sur un petit nombre de sujets (je n'ai ni le temps, ni le désir de les continuer sur une plus grande échelle). Ce traitement produira peut-être un jour la guérison complète de certaines surdi-mutités, mais on a vu que, jusqu'à ce jour, je n'ai pu en obtenir plus qu'une demi-guérison.

Est-ce un service rendu? En d'autres termes, la demi-surdité est-elle de quelque utilité? Si l'on interroge ceux qui ont observé l'influence de la naissance et du développement de l'ouïe sur le moral et sur l'éducabilité de ces malheureux sourds-muets, la question n'est pas douteuse. Le cas exposé dans l'observation I répond éloquemment à cette question. On n'a pas oublié, en effet, combien

ont été heureuses et rapides les modifications imprimées par les premières sensations auditives au moral, aux sentiments affectifs et à l'éducabilité du jeune Raymond, auparavant sauvage et intraitable, au point que tout le monde, à l'exception de sa mère, le croyait presque idiot.

Il ne viendra, certes, à l'esprit de personne de soutenir « que le sourd-muet est plus heureux que le demi-sourd, et qu'il vaut mieux, en conséquence, l'abandonner à son état que de lui donner l'idée d'un sens dont on ne saurait le faire jouir complétement. » Autant vaudrait dire que ces milliers d'aveugles, à qui les progrès de l'ophthalmologie ont donné la faculté de percevoir assez la lumière soit pour se conduire, soit pour distinguer les traits d'un ami, que ces aveugles, dis-je, étaient bien plus heureux lorsque l'ignorance les condamnait à une éternelle cécité, et cela sous prétexte que l'on ne pourrait rétablir l'intégrité du sens de la vue. Mais il serait oiseux de discuter un langage aussi absurde et que l'on pourrait qualifier plus sévèrement.

Est-il besoin de dire que, pour conserver et utiliser la demi-surdité acquise, il faut la cultiver et savoir en tirer parti ? — Tout le monde sait que, si l'on n'exerce pas l'ouïe d'un demi-sourd, il perd complétement tôt ou tard ce sens qu'il a acquis ou qu'il tient de la nature. C'est ce que l'on observe chez les demi-sourds élevés dans les institutions où l'on enseigne le langage des signes. — Celui qui veut apprendre à un demi-sourd la parole par l'intermédiaire de son ouïe, doit s'armer d'une grande patience et d'autant de persévérance. Quelques remarques que j'ai faites chez mes jeunes sourds-muets, vont montrer combien est lente l'éducation de leur ouïe. Dès que, sous l'influence du traitement, ce sens a commencé à donner signe de vie, ces sourds-muets ont articulé vite et facilement les mots qu'on leur faisait entendre. On comprend que chez le jeune Raymond (obs. I), qui n'avait jamais rien entendu ni articulé, il ait fallu, comme chez tous les enfants d'ailleurs, faire l'éducation de l'ouïe et de la parole, en lui apprenant la signification de chacun des mots qu'il entendait ou articulait. Mais chez les deux autres sourds-muets, on le sait, l'on avait développé déjà la parole par la lecture sur les lèvres; le jeune Albin, ainsi qu'il est dit dans l'observation II, parlait à peu près comme tout le monde. Puisqu'il connaissait la signification des mots qu'il articulait, je croyais que l'éducation de son ouïe se ferait beaucoup plus rapidement que chez Raymond (le sujet de l'observation I), et qu'il suffirait de lui faire entendre et articuler les mots pour qu'il en comprît immédia-

tement le sens. A ma grande surprise, il n'en a pas été ainsi ; il articulait exactement et facilement les mots qu'on lui faisait entendre pour la première fois, sans en saisir la signification, bien qu'il s'en servît habituellement dans le langage. Il fallait alors, pour qu'il comprît ces mots, qu'on les lui écrivît ou qu'il les lût sur les lèvres. Il en est résulté qu'il a fallu recommencer entièrement pour son ouïe l'éducation du langage.

Avant de soumettre la surdi-mutité au mode de traitement électrique que je propose, le diagnostic et la cause doivent, autant que possible, en être recherchés. A quoi servirait-il, par exemple, d'exciter ainsi le sens de l'ouïe chez un individu dont la surdi-mutité serait due à une obstruction de la trompe d'Eustache, à un vice de conformation, à un arrêt de développement ? Malheureusement, l'exploration de la trompe d'Eustache et du conduit auditif externe est insuffisante, et dans l'état actuel de la science, la séméiologie ne possède aucun signe qui permette même de soupçonner l'existence des lésions anatomiques de l'oreille interne et de certaines altérations de l'oreille moyenne. Elles ne nous ont été révélées que par l'autopsie.

Je crois que mes recherches électro-physiologiques et pathologiques jettent quelque jour sur ce point obscur du diagnostic do la surdi-mutité dont elles éclairent en même temps le pronostic.

Si, en effet, chez un sourd-muet, la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets produit les phénomènes électro-physiologiques que l'on obtient à l'état normal, et que j'ai décrits dans ma première note, il est rationnel d'en conclure que les organes qui président à ces fonctions sont sains chez ce sourd-muet. Ainsi, sous l'influence de cette exploration électrique, la sensation linguale indiquera l'intégrité de la corde du tympan ; le bruit produit dans le fond de l'oreille, à chaque intermittence, annoncera une contraction musculaire qui aura ébranlé la membrane du tympan, la chaîne des osselets, la membrane de la fenêtre ovale, la succussion du liquide tympanique et la sensibilité du nerf auditif provoquée par cette série d'ébranlements. Nous aurons donc ainsi la preuve physiologique de l'intégrité anatomique de ces différentes parties constituantes de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Alors, si le cathétérisme a déjà démontré que la trompe d'Eustache est libre, et si l'examen du conduit auditif externe n'y a trouvé rien d'anormal, on est fondé à attribuer la surdi-mutité à un état nerveux paralytique, et dans ce cas, on le conçoit, le pronostic est favorable. Or, la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs

des osselets avait produit chez mes trois jeunes muets ces phénomènes électro-physiologiques que j'avais considérés comme des signes heureux pour le pronostic. La découverte de ces signes diagnostiques et pronostiques de la surdi mutité est, si je ne me trompe, un progrès qui ne sera contesté par personne.

Conclusions. Il existe une espèce de surdi-mutité, congénitale ou non, complétement indépendante de toute altération anatomique appréciable. Conséquemment, personne n'est fondé à dire que cette espèce de surdi-mutité nerveuse est incurable.

L'exploration de l'état de l'oreille moyenne et de l'oreille interne par la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets permet de reconnaître, presque à coup sûr, que la surdi-mutité n'est pas produite par une altération organique.

Il est démontré par les faits que la surdi-mutité nerveuse peut être améliorée par la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets ; mais jusqu'à présent ce mode de traitement n'a pu amener la surdi-mutité qu'à l'état de demi-surdité.

Cet état de demi-surdité obtenu chez le sourd-muet congénital exerce une influence heureuse et rapide sur le moral de l'enfant, sur ses sentiments affectifs, sur son éducabilité ; il permet enfin de développer la parole à l'aide de l'ouïe.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Etudes cliniques sur la valeur des extraits les plus usités.

Extrait d'aconit, de belladone, de ciguë, de digitale, de jusquiame, de stramoine.

Par M. Hirtz, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

La révision du Codex, une des œuvres qui intéressent le plus la corporation médicale, doit prochainement avoir lieu. Comme la dernière édition de cet ouvrage date de 1837, bien des lacunes seront à combler. La Société de pharmacie, jalouse de contribuer à cette œuvre, s'est divisée en Commissions qui sont chargées de rassembler tous les documents nécessaires pour la solution de chacun des points encore en litige. Les rapports de ces diverses Commissions seront ensuite discutés par la Société.

La question des eaux minérales, qui a ouvert la discussion, est venue donner une idée des ressources précieuses que ces débats ap-

porteront à la future Commission à laquelle l'autorité administrative doit remettre le soin d'élever la nouvelle édition du Codex au niveau de la science. Toutefois, nous craignons que la tâche que s'est donnée la Société de pharmacie ne la conduise pas complétement au but qu'elle désire atteindre. Il manque à ses discussions un élément important : nous voulons parler de l'élément médical.

Avant que la Commission chargée de l'examen des extraits fasse son rapport, nous voulons appeler l'attention de ses membres sur un point important de la question, celui qui concerne les extraits fournis par les plantes. « La préparation d'un extrait, dit le Codex, se compose toujours de deux opérations : la première a pour objet la préparation de la liqueur qui doit fournir l'extrait ; la seconde est la concentration de cette liqueur. » A nos yeux, il est une opération qui domine les deux signalées par le Codex, c'est le choix de la partie de la plante qui devra fournir la préparation. Je sais que le Codex donne la formule d'extraits aqueux et d'extraits alcooliques. Je sais encore qu'il fait quelquefois mention d'extrait de semence, mais il oublie l'emploi des racines. Ce luxe de préparations fait que l'on ne rencontre, en général, dans les officines que le plus infidèle des extraits, celui préparé avec les feuilles et la tige des plantes, quand ils ne sont pas faits avec des tiges seules.

Ne vaudrait-il pas mieux s'assurer de la partie la plus riche en principes médicamenteux de chaque plante et s'en servir exclusivement pour les préparations officinales? Ce serait une économie pour les pharmaciens d'avoir une seule sorte d'extrait à préparer pour chaque plante, et, ce qui ne serait pas moins important, ils livreraient aux praticiens des agents médicamenteux toujours doués de propriétés incontestables. La variabilité, l'infidélité des résultats fournis par l'usage de mauvaises préparations sont pour beaucoup dans l'absence de foi qu'on reproche à un grand nombre de médecins. Il est un *criterium* qui devrait les prémunir cependant, celui de n'abandonner l'emploi d'une substance qu'après en avoir constaté les effets physiologiques ; si ceux-ci viennent à manquer, ils sont certains qu'on leur a livré une mauvaise préparation. Ainsi, j'ai vu un malade avaler 80 pilules de 5 centigrammes d'extrait d'aconit sans en ressentir la moindre action, tandis que sa névralgie faciale cédait, quelques jours après, à l'usage quotidien d'une seule pilule d'extrait bien préparé que j'avais rapporté de Genève. Il y a donc dans cette question de la préparation des extraits un point très-important que nous signalons à la Commission de la Société de pharmacie, et pour aider l'œuvre du rapporteur, nous reproduisons une

étude clinique due à M. le docteur Hirtz, et qu'il a insérée dans la Gazette de Strasbourg. M. Hirtz débute en faisant remarquer que les considérations pharmaceutiques contenues dans son travail sont dues au savant pharmacien en chef de l'hôpital, M. Hepp, que l'on trouve toujours disposé à prêter son concours pour l'étude des questions destinées à faire progresser la thérapeutique. Voici cette note, que nos lecteurs liront avec un vif intérêt :

Le but général que l'on se propose dans la préparation des extraits, c'est d'obtenir sous un petit volume les principes médicamenteux, sans leur faire éprouver aucun changement dans leur nature ; et plus on se rapproche de ce résultat, plus on est près de la perfection. Ce précepte, ainsi formulé par M. Soubeiran, s'applique surtout aux extraits narcotiques, qui très-souvent ne répondent pas au but principal qu'on cherche dans les extraits, de fournir les principes médicamenteux sous un petit volume. Ce but n'est pas atteint, d'abord parce que les parties de plantes employées suivant le Codex à la préparation des extraits narcotiques ne sont pas celles qui renferment au plus haut degré les principes actifs, et en second lieu parce que ces principes s'y trouvent associés à des substances essentiellement altérables et altérantes, influant par leur contact soit immédiatement, soit pendant la durée de la conservation.

On se rapprochera par conséquent de la définition donnée, en recherchant dans la plante la partie la plus active, et dans laquelle les principes essentiellement médicamenteux seront le plus dégagés des matières albumineuses dont la présence est une cause constante d'altération. C'est comme application de cette idée que nous avons expérimenté à la clinique les extraits suivants :

Celui d'aconit tiré de la racine, celui de belladone de la racine, l'extrait de ciguë de la semence, celui de digitale de la semence, l'extrait de jusquiame de la semence, celui de stramoine de la semence.

Le mode de préparation a été le même. La substance végétale, réduite en poudre, a été traitée par déplacement avec de l'alcool à 65 degrés. Le liquide étant évaporé en consistance d'extrait mou, on le reprit par de l'alcool à 80 degrés.

Les solutions alcooliques sont évaporées dans le vide, ou bien au bain-marie, dont la température est réglée de manière à ne pas faire dépasser 60 degrés au liquide en évaporation.

Ces extraits, actifs à un haut degré, peuvent avantageusement remplacer les alcaloïdes de ces plantes, en ajoutant à la constance dans l'effet l'avantage d'un dosage plus facile.

Les doses auxquelles ces préparations ont été employées se résument par les chiffres suivants, pour vingt-quatre heures :

L'extrait de racine d'aconit, à la dose de 1 à 2 centigrammes.
L'extrait de racine de belladone, à la dose de 1 à 5 centigrammes.
L'extrait de semence de ciguë, à la dose de 2 à 5 centigrammes.
L'extrait de semence de digitale, à la dose de 1 à 3 centigrammes.
L'extrait de semence de jusquiame, à la dose de 5 à 10 centigrammes.
L'extrait de semence de stramoine, à la dose de 1 à 3 centigrammes.

Il est sans doute difficile d'établir un rapport entre la valeur de ces extraits et ceux habituellement en usage. Cependant, si on était pressé de formuler une opinion, on pourrait rapprocher les chiffres suivants :

L'extrait de racine d'aconit est à celui de feuilles, comme 25 : 1 ;
Celui de la racine de belladone à celui de feuilles, comme 5 : 1 ;
Celui de la semence de ciguë à celui de feuilles, comme 20 : 1 ;
Celui de la semence de digitale à celui de feuilles, comme 10 : 1 ;
Celui de semence de jusquiame à celui de feuilles, comme 10 : 1 ;
Celui de semence de stramoine à celui de feuilles, comme 5 : 1.

Ces chiffres ne sont pas justement les proportions des alcaloïdes de ces différentes préparations, car certains de ces extraits, comme celui de digitale fait de feuilles, ne laissent que fort peu de chance d'en isoler l'alcaloïde, trop souvent modifié par la préparation.

L'emploi de ces extraits fournirait au médecin qui saurait les manier avec habileté des remèdes certains à la place de préparations quelquefois de nulle valeur.

C'est ainsi que l'extrait d'aconit fait de feuilles est sans valeur thérapeutique ; celui d'herbe de digitale est ordinairement d'un rapport bien inférieur aux feuilles employées. L'extrait de feuilles de ciguë est d'une faible action, même avec une préparation très-soignée, la coniine n'existant qu'en assez faible quantité dans les parties vertes de la plante; l'extrait de jusquiame des feuilles s'altère aisément, et il n'est pas rare de voir administrer 1 gramme d'un pareil extrait, sans accuser une action spéciale.

Il existe cependant dans le Codex actuel des modes de préparation pour les extraits de semence de jusquiame, de semence de belladone et de semence de stramoine, mais avec un *modus faciendi* qui doit en atténuer singulièrement le mérite.

En effet, il fait d'abord préparer un extrait alcoolique avec de l'alcool à 56 degrés; cet extrait est repris par de l'eau; la solution

filtrée est ramenée en consistance pilulaire. D'ailleurs, leur valeur thérapeutique n'a été ni expérimentée ni constatée.

A. *Aconit.* — Il ressort des études pharmacologiques qui précèdent que l'aconit cultivé ne renferme presque point de principe actif, et que dans l'aconit sauvage, le principe est presque tout entier concentré dans la racine, dont la poudre répand une âcreté presque insupportable à l'œil ; or, l'extrait du Codex, celui par conséquent de toutes les pharmacies, est fourni par les feuilles. Voici maintenant ce que répond la clinique :

Nous avons administré dans les salles de l'hôpital à de nombreux malades, affectés de maladies bronchiques et pulmonaires, cet extrait depuis 0gr,50 jusqu'à 1 gramme, le plus souvent sans aucun effet physiologique ; point d'action sur la pupille, point de vertiges, rien sur le pouls, aucune sensation sur la peau ; avec la dose de 1 gramme, légère dilatation de la pupille avec points noirs perçus. Quant à l'action thérapeutique, ce n'est qu'à la dose extrême que la toux a été influencée.

Tout autre a été l'effet de l'extrait de racine. La première fois, nous en avons donné 5 centigrammes en pilules à un asthmatique emphysémateux, couché au numéro 27 de la salle 23. Une demi-heure après, le malade fut pris de vertiges, de demi-cécité avec dilatation de la pupille, de pâleur extrême, de lipothymie avec pouls tremblotant ; au bout de trois heures, ces symptômes sérieux se dissipèrent, mais le lendemain le pouls ne donnait encore que 55 pulsations et le malade éprouvait par tout le corps une vive démangeaison, sensible surtout à la figure, autour du nez, avec contraction spasmodique de la peau et que le malade cherchait à vaincre en se frottant continuellement cette partie avec les doigts. Cette singulière sensation sur la peau, et surtout à la figure, n'a manqué chez aucun des individus qui ont pris une certaine dose de l'extrait de racine. C'est comme un picotement électrique, surtout vers les ailes du nez, que les malades se pinçaient continuellement.

Averti par l'effet de cette première dose, nous nous sommes gardé dans les expériences subséquentes de pousser les choses aussi loin. M. Hepp nous confectionna des granules de 1 centigramme d'extrait, que nous pûmes administrer au nombre de deux ou trois, répartis sur les vingt-quatre heures. Les phénomènes qui furent alors observés physiologiquement sont : la dilatation de la pupille avec points noirs perçus par le malade, le ralentissement du pouls, mais sans lipothymie, quelques vertiges et presque constamment le picotement particulier de la peau du visage. Dès le deuxième

jour, la diurèse devint plus abondante avec une urine très-pâle. Nous n'avons jamais observé de sécheresse à la gorge, ni délire ni hallucination, même en allant à forte dose.

Thérapeutiquement, les maladies auxquelles nous adressâmes l'aconit étaient des bronchites, aiguës et chroniques, des emphysèmes avec asthme, des toux nerveuses et des maladies organiques et dynamiques du cœur.

La bronchite, en tant qu'inflammatoire, parut peu modifiée, mais la toux fut certainement diminuée; les accès d'asthme ne parurent influencés ni dans leur fréquence ni dans leur intensité. La toux nerveuse, la toux sèche, la coqueluche particulièrement, furent, au contraire, enrayées de la manière la plus avantageuse. Plusieurs fois la suspension prématurée du remède eut pour effet la reproduction de la toux, qui chaque fois céda à la reprise du traitement. La coqueluche surtout nous a fourni, tant en ville qu'à l'hôpital, des résultats vraiment satisfaisants et en tous cas supérieurs à ceux de la belladone. Nous avons réussi quelquefois, mieux qu'avec la digitale, à réprimer l'activité morbide du cœur.

L'aconitine, qui a été expérimentée comparativement, ne nous a pas paru présenter une physionomie thérapeutique facile à saisir. L'effet sur le pouls est assez marqué, la tendance à la lipothymie est plus fréquente ; mais la sensation de picotement cutané n'a pas été notée ; somme toute, autant qu'une expérimentation incomplète sous ce rapport nous permet de conclure, l'aconitine ne paraît pas plus que la digitaline représenter l'action collective de la plante.

B. *Jusquiame.* — Si la force active de l'aconit réside incontestablement dans la racine, celle de la jusquiame se trouve d'une manière non moins certaine dans les semences; cela ressort non-seulement des travaux chimiques de M. Hepp, qui trouve l'hyoscyamine en quantité infiniment supérieure dans les semences, mais encore de nos essais cliniques.

De même que pour l'aconit, la pharmacie usuelle prescrit l'emploi des herbes de jusquiame pour les extraits. Or, cet extrait peut se donner aussi bien que celui de l'aconit à la dose de 50 et 75 centigrammes par jour. Les effets physiologiques observés alors sont bien ceux qu'indique la matière médicale : dilatation de la pupille, sécheresse à la gorge; mais ces effets sont non-seulement peu prononcés, mais assez inconstants, et il nous est arrivé de monter graduellement jusqu'à 1 gramme sans les observer.

Il n'en est pas de même de l'extrait des semences; on peut dire

ici que non-seulement les phénomènes sont plus prononcés, mais encore qu'ils sont plus constants.

Avec des granules de 1 centigramme d'extrait des semences, répétés quatre à six fois par jour, vous obtenez, dès le premier jour, un sentiment très-prononcé de sécheresse à la gorge; la pupille se dilate très-manifestement, avec cécité plus ou moins complète; une légère anhélation avec pâleur se manifeste; souvent le cœur se ralentit si on approche d'un décigramme, et il y a tendance à la lipothymie avec pâleur et sueur froide, et diurèse abondante le lendemain. Ces symptômes survivent généralement de vingt-quatre heures à l'administration du médicament.

L'action thérapeutique de l'extrait de semence de jusquiame s'est montrée efficace dans la toux des phthisiques et dans la toux nerveuse, plus efficace que l'aconit dans les accès d'asthme, peu influente sur les palpitations morbides du cœur, mais très-favorable dans les vomissements idiopathiques et symptomatiques, ainsi que dans les douleurs cardialgiques. L'usage prolongé semblait plus déprimant pour l'état général des forces que celui de l'aconit.

C. *Belladone.* — Si le principe actif de l'aconit réside dans la racine et celui de la jusquiame dans les semences, on peut dire que celui de la belladone occupe l'une et l'autre de ces parties; on sait d'ailleurs que les baies de cette plante si violemment vénéneuse donnent lieu souvent à des accidents toxiques. Cependant, il résulte des analyses de M. Hepp, comme de nos observations, que l'extrait ou la poudre provenant de la racine sont bien plus actifs que ceux obtenus des autres parties de la plante.

Au point de vue de la pharmaco-dynamique et de l'effet thérapeutique, nos observations ne s'éloignent pas notablement des faits connus. Nous pouvons surtout établir que l'extrait provenant de la racine produit, à la dose de 1 à 3 centigrammes, des effets physiologiques marqués et particulièrement la dilatation de la pupille avec plus ou moins de cécité, mais surtout cette sensation de sécheresse du cou et de strangulation, si incommode aux malades, et qui a persévéré souvent plusieurs jours après la cessation du remède.

A une dose un peu élevée (4 à 6 centigrammes), nous avons noté trois fois une forme particulière du délire, l'hallucination constituée par des visions étranges et des erreurs de sens diverses, le tout avec une apparence de calme parfait et sans aucune agitation ni des idées ni du pouls.

Chez ces trois individus on a noté cette éruption cutanée particulière ressemblant à la scarlatine, mais sans être suivie de des-

quamation ; chez plusieurs on a remarqué, après quelques jours de l'administration du remède, un flux abondant d'une urine claire, coïncidant avec le ralentissement du pouls et la réfrigération de la peau.

Quant aux effets thérapeutiques qui ont été obtenus, nous noterons les suivants : chez plusieurs individus asthmatiques par suite d'emphysème du poumon, nous avons pu diminuer l'intensité des accès et éloigner considérablement les crises par l'usage prolongé de l'extrait de racine de belladone. Dans un cas d'épilepsie ancienne, les accès furent considérablement éloignés, au point que nous eûmes un instant l'espoir d'une cure radicale que la suite ne justifia point. Nous pûmes à plusieurs reprises constater l'efficacité du remède dans les constipations opiniâtres des femmes : 2 centigrammes administrés la veille furent suivis d'une évacuation le lendemain, mais l'effet ne fut ni constant ni permanent. Dans la toux convulsive, la belladone, malgré sa vieille réputation, nous a paru devoir céder le pas à l'aconit et même à la jusquiame. Dans deux cas de contracture musculaire spasmodique (torticolis) très-violente, la belladone *intra* et *extra* resta impuissante, tandis que quelques douches froides réussirent presque immédiatement. Par contre, dans deux cas de trismus très-grave, la belladone, donnée jusqu'à commencement d'intoxication, amena en quelques jours le relâchement des muscles maxillaires contractés depuis plusieurs semaines chez deux femmes hystériques. Enfin, chez deux autres femmes, nous vîmes sous son influence cesser ces coliques utérines si douloureuses qui accompagnent le premier jour des règles chez certaines femmes non mariées ou qui n'ont pas eu d'enfants.

Nous n'avons pas employé à l'intérieur l'atropine, mais nous avons, à l'exemple de M. Béhier, fait quelques injections sous-cutanées de cette substance dans des cas de névralgies sciatiques, mais sur des faits trop peu nombreux pour être concluants. Cependant il y eut de l'amélioration.

D. *Datura stramonium.* — Pour en finir avec les solanées narcotiques, rendons compte de quelques essais sur la stramoine.

Ici de nouveau se remarque une grande différence pour la répartition du principe actif de la plante, qui paraît résider en bien plus grande quantité dans les semences.

Pour ne pas allonger outre mesure cet article, nous dirons que des essais assez nombreux, auxquels nous nous sommes livré pendant près de trois ans, il résulte une très-grande similitude pharmaco-dynamique et thérapeutique entre cette plante et la belladone,

dont elle égale au moins l'activité toxique aux mêmes doses.

Si la dilatation pupillaire est moins prompte et moins marquée que par cette dernière, par contre la sécheresse du cou est tout aussi prompte et aussi persévérante, et, chose remarquable, les hallucinations et erreurs de sens observées pour la belladone se sont présentées aussi fréquentes et peut-être plus intenses que pour celle-ci. Un malade qui avait pris 6 centigrammes d'extrait de datura pour une névralgie occipitale chassait continuellement les mouches qui n'existaient en aucune façon sur son lit; un autre voulut s'en aller pour voir passer une revue de militaires dans la cour de l'hôpital civil; il disait en entendre la musique. Ici encore nous observons la pâleur de la face, la lenteur du pouls et une urine très-abondante et aqueuse.

Comme effet thérapeutique nous notons, après tant d'autres, l'efficacité classique du datura en forme de cigares dans l'asthme nerveux emphysémateux. Plus d'un malade nous dit ne connaître de ressource certaine contre ses accès que le bienheureux cigare. Nous ajoutons qu'essayé à l'intérieur dans la même maladie son efficacité s'est également montrée très-grande, mais moins prompte.

Dans un cas de névralgie occipitale très-rebelle, la stramoine, poussée jusqu'à l'hallucination, a complétement triomphé et dans d'autres cas considérablement soulagé. Nous l'avons donnée avec succès comme moyen préservatif de la migraine; plusieurs fois avec bon résultat, contre des accès de colique hépatique calculeuse. Deux fois, sur la foi de Brandt, nous l'avons administrée à des femmes hypocondriaques dont le trouble cérébral allait presque jusqu'à la lypémanie suicide, et dans ces deux cas le résultat a été très-notablement favorable, au point qu'on put dater de ce moment la marche décroissante de la maladie.

E. *Digitale et digitaline.* — Ainsi qu'il a été dit plus haut, la quantité relative de digitaline obtenue dans les diverses parties de la plante ne représente pas exactement l'activité relative de ces parties, soit qu'une portion de digitaline se détruise par l'extraction, soit plutôt qu'elle ne représente pas en réalité les propriétés actives de la plante.

L'expérimentation clinique que nous avons entreprise avec les préparations de cette plante a été faite sur une très-grande étendue, trop grande pour que nous en consignions ici tous les résultats dans un article qui n'est qu'un simple spécimen. Nous nous bornerons à ceci :

L'herbe de digitale, préparée d'après les indications de M. Hepp,

est très-active, et 1 décigramme en poudre par jour ou une infusion de 50 centigrammes par potion donnent déjà des résultats quasi-toxiques. L'extrait de semences à la dose de 3 centigrammes plusieurs fois par jour trahit également une action très-déterminée.

Quant à ce qu'on appelle improprement la *digitaline*, l'analyse clinique pas plus que l'analyse chimique ne la reconnaissent comme représentant de la digitale. Administrez 1 ou 2 granules, vous n'observez aucun effet; allez plus loin, à 3 ou 4 granules, vous aurez des vertiges, avec lipothymie, tremblotement du cœur durant généralement peu de temps, mais nullement cette action graduelle de la digitale allant de la nausée au vomissement, puis à la réfrigération avec prostration du pouls et des facultés intellectuelles.

Quant à l'emploi thérapeutique, nous nous bornerons au résumé restreint de deux séries d'expérimentations :

La première porte sur l'emploi de la digitale dans les inflammations pectorales aiguës : pneumonies, phthisies aiguës, bronchites fébriles.

Il n'est pas un moyen, sans excepter le tartre stibié, qui ait pour effet d'abattre aussi vite et aussi complétement l'érythème fébrile, la chaleur inflammatoire, l'excitation du pouls, que la digitale donnée en infusion à la dose de 50 à 75 centigrammes pendant un jour, et une circonstance qui établit dans ces cas sa supériorité sur l'émétique, c'est la persévérance de l'effet plusieurs jours après la cessation du remède, sans parler de l'absence de diarrhée. Nous croyons donc que, malgré la publicité qui a été donnée aux faits de ce genre observés dans quelques cliniques allemandes et françaises, ces faits ne sont pas aussi connus qu'ils mériteraient de l'être. Pour nous, nous avons dans mainte occasion donné la préférence à la digitale sur le tartre stibié, et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Il resterait ici à spécifier davantage les indications; nous y reviendrons dans un autre travail.

La seconde série de nos observations sur la digitale est relative à son action sur le pouls. Rien de plus banalement populaire que la réputation de cette substance pour ralentir le pouls et le choc du cœur; aussi, toutes les fois que cette indication se présente, la digitale vient figurer sur l'ordonnance. On ordonne 30 ou 40 gouttes dans une potion ou autrement; d'autres prescrivent quelques centigrammes de poudre. Or, nous ne craignons pas de dire une chose exorbitante en affirmant que jamais ou presque jamais on n'obtient de cette manière l'effet voulu. Le ralentissement du mouvement du cœur n'est que le reflet local de l'action exercée par la digitale sur

le centre nerveux et qui a pour signes non-seulement la lenteur du pouls, mais le vertige, la nausée, les réfrigérations, etc. Or, tant que ces symptômes n'ont pas commencé à paraître, tant aussi le pouls n'est pas impressionné.

En d'autres termes, pour que la digitale ralentisse le pouls, il faut la donner à dose au moins nauséeuse et même plus, car il est à remarquer que c'est la circulation qui est une des dernières impressionnée par la digitale.

Dans l'étude dont nous venons d'exposer les résultats, notre but n'a pas été de trouver du nouveau, mais de confirmer par le contrôle clinique les observations faites par les praticiens des temps antérieurs. Nous avons voulu montrer que l'inconstance des résultats thérapeutiques peut tenir moins à l'infidélité du médicament qu'à sa mauvaise préparation. Puissions-nous par là avoir raffermi la confiance thérapeutique des praticiens et ramené à la médecine active ceux que le doute pouvait paralyser; car le doute conduit à l'indifférence, et si dans une autre sphère on peut dire que sans les œuvres il n'y a pas de foi, on peut, dans la nôtre, dire que sans la foi il n'y a pas d'œuvres.

Émulsion de coaltar.

Dans une nouvelle note adressée à l'Académie des sciences par M. le docteur Demeaux, nous trouvons le passage suivant sur l'émulsion de coaltar :

Ce produit, qui, par la facilité de sa préparation, par la modicité de son prix, par la quantité de coaltar qu'il contient et par sa grande solubilité dans l'eau, me paraît destiné à rendre de grands services, se prépare de la manière suivante :

Coaltar..................	1,000 grammes.
Savon....................	1,000 grammes.
Alcool....................	1,000 grammes.

Chauffez au bain-marie jusqu'à parfaite solution.

On obtient, par le refroidissement, un véritable savon, très-soluble dans l'eau, et formant, en se dissolvant dans ce liquide, une émulsion stable. Le prix de ce produit est très-modique; 3 kilogrammes coûteraient environ 3 francs, et avec cette quantité on peut faire environ 100 litres d'émulsion. Chaque litre contiendrait 10 grammes de coaltar.

On comprend combien cette préparation peut trouver d'applications utiles, soit dans les hôpitaux, soit dans les amphithéâtres d'a-

natomie, soit dans des manufactures ou usines, soit dans certains établissements de l'Etat, dans le but de prévenir des dangers réels pour la santé publique, ou d'éviter certaines émanations qui sont à la fois désagréables et insalubres.

Le coaltar, mêlé avec le savon et l'alcool dans des proportions convenables, devient une des substances les plus maniables de la matière médicale. Ce mélange peut être concentré ou étendu à volonté; on peut lui donner la forme solide ou le dissoudre. Sa grande solubilité dans l'eau chaude ou froide l'empêche de salir le corps, le linge, les vêtements.

L'émulsion de coaltar pourra être employée en bains, et produire de bons résultats dans certaines maladies de la peau; en lotions et en fomentations sur le corps, comme topique modificateur ou désinfectant. On pourra en imprégner des linges de corps, de literie, de pansement pour ceux des malades dont les excrétions ou les déjections produisent des émanations fétides.

Sur la préparation de l'iodure d'arsenic et de l'iodure double d'arsenic et de mercure.

L'éléphantiasis est une affection commune en Grèce ; cette sorte de lèpre y fait tant de ravages que le gouvernement hellénique a établi quelques hôpitaux où elle est plus spécialement traitée. En tête des médicaments qu'on emploie avec le plus de succès dans les cas les plus graves se trouvent l'iodure d'arsenic et l'iodure double d'arsenic et de mercure; aussi M. Landerer, pharmacien du roi des Grecs, croit devoir appeler l'attention de ses confrères sur la préparation de ces deux sels. Nous regrettons que M. Landerer n'ait pas eu la pensée d'indiquer en même temps et la forme pharmaceutique et les doses auxquelles sont administrés ces médicaments. Quand on prescrit des agents aussi énergiques, on ne doit rien donner au hasard. Voici la note du pharmacien d'Athènes.

On prépare l'iodure d'arsenic, soit par voie sèche, soit par voie humide. D'après la première méthode, on fait sublimer un mélange de 100 parties d'iode pour 16 d'arsenic métallique ; d'après la seconde, on fait bouillir ensemble dans 1,000 parties d'eau 10 parties d'iode et 30 d'arsenic, et l'on évapore à siccité la solution.

Quant à l'autre substance, plus héroïque encore, l'iodure double d'arsenic et de mercure, on l'obtient en triturant parfaitement ensemble 790 parties d'iode, 470 d'arsenic, et 101 de mercure avec un peu d'alcool, jusqu'à production d'une poudre rougeâtre et dis-

parition totale, même à la loupe, des globules de mercure. J'ai toutefois observé, ajoute M. Landerer, que cette substance subit à la longue une altération remarquable, qui peut être nuisible ; en effet, une quantité notable de l'iode se sublime sur les parois du bocal qui renferme la préparation, une autre partie forme de l'iodure rouge de mercure, et l'arsenic se transforme en acide arsénieux : c'est pourquoi je pense qu'il ne faut préparer cette substance qu'au moment même, en d'autres termes que ce doit être une préparation extemporanée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un mot encore sur l'emploi de l'émétique à dose rasorienne dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Lettre à M. le docteur Fonssagrives.

L'article que j'ai publié, dans le numéro du 15 décembre 1860 du *Bulletin de Thérapeutique*, sur un cas de phthisie pulmonaire traité par l'émétique à dose rasorienne, m'a attiré de votre part une réponse qui tend à prouver que je n'avais que très-imparfaitement pris connaissance de votre travail, et qui incrimine non-seulement les conclusions auxquelles je suis arrivé, mais encore le traitement que j'ai cru devoir mettre en usage, bien que cette dernière considération soit tout à fait un hors-d'œuvre dans la question qui nous occupe.

Avant d'examiner ce que ces accusations peuvent avoir de fondé, permettez-moi, monsieur, de vous remercier d'avoir bien voulu croiser la plume avec moi. La lecture assidue du *Bulletin de Thérapeutique* m'a souvent convaincu que vous êtes, depuis longtemps, passé maître dans l'art de bien penser et de bien dire, et c'est vraiment plaisir et honneur d'avoir un adversaire tel que vous. Mais quels sont donc mes torts? Simple et obscur manœuvre, j'ai voulu, moi aussi, apporter ma petite pierre à la construction de l'édifice scientifique auquel nous travaillons tous ; il est advenu que ma pierre est tombée dans votre jardin : est-ce ma faute?

Toute votre argumentation, monsieur et honoré confrère, peut se résumer dans les quatre propositions suivantes :

1° Le cas et le moment étaient mal choisis pour administrer l'émétique à mon malade; en d'autres termes, il y avait contre-indication.

2° Toutes les indications curatives étaient commandées par la pneumonie; les tubercules crus n'étaient qu'une complication.

3° J'ai eu tort de ne revoir mon malade que le lendemain; je n'aurais pas dû le quitter pendant les premières heures; j'aurais dû me munir de glace, etc.

4° Enfin, je vous ai fait dire ce que vous n'aviez pas dit, afin de me donner le facile plaisir de vous contredire; et j'ai même poussé l'outrecuidance jusqu'à prononcer le mot *empirisme*.

Tels sont, à mon avis, les principaux chefs d'accusation, ceux auxquels j'ai le plus à cœur de répondre.

Rassurez-vous, monsieur, je serai bref.

I. — « Il y avait contre-indication. »

Dès le début de votre article vous m'invitez, dans les termes de la plus exquise politesse, à relire votre travail, afin de m'en bien pénétrer : cette recommandation était inutile; je l'avais étudié précédemment avec beaucoup d'attention; je m'étais efforcé de m'assimiler le plus possible les idées qu'il contenait; et quand j'ai commencé à administrer l'émétique à M. V***, je me rappelais parfaitement avoir lu ceci : « L'opportunité de la médication stibiée est établie toutes les fois que la phthisie revêt une forme fébrile, c'est-à-dire que les tubercules passent de l'état de crudité et d'inertie à celui de ramollissement. » Numéro du 30 juillet, p. 53. Et plus loin, au paragraphe Contre-indications : « Accidentellement et passagèrement utile dans le premier degré, ce traitement, etc..., à moins des contre-indications suivantes qui sont formelles : état lisse et dépourvu d'épithélium de la langue; sensibilité épigastrique et diarrhée, indices d'un ramollissement pulpeux de la muqueuse gastro-intestinale; muguet. »

Or, mon malade avait-il des tubercules crus en voie de ramollissement? évidemment oui.

Présentait-il un seul des accidents que vous avez signalés comme étant des contre-indications? non.

Mentionniez-vous au nombre des contre-indications l'hérédité, les maladies intercurrentes autres que celles des voies digestives, la fréquence du pouls? non.

Est-ce que presque toutes les phthisies ne sont pas héréditaires? Est-ce que la congestion pulmonaire périphymique n'est pas un phénomène constant dans la phthisie, à ce point que c'est contre lui que vous dirigez votre traitement? Est-ce que les malheureux arrivés à la troisième période, alors que le pus que secrètent leurs cavernes est entraîné dans le torrent circulatoire, alors que la fièvre

heetique les consume, n'ont pas 120 pulsations par minute? Et cependant, vous ne voyez aucun inconvénient à les faire bénéficier de votre traitement, puisque je lis ce qui suit à la page 52 : « L'expeetoration n'est nullement modifiée en ce qui eoncerne les crachats provenant de la substance même des tubercules ramollis; ce sont des abeès, ete... » Et à la page suivante : « Un de mes malades de Cherbourg, entré à l'hôpital avec une énorme caverne sous la elavienle gauche, et en proie à une véritable colliquation, avait pris, au bout de deux mois, toutes les apparences de la vigueur et une succulence de chairs qui frappait tous ceux qui l'examinaient. »

Pourquoi done le eas et le moment étaient-ils mal choisis?

II. — « Toutes les indications euratives étaient eommandées par la pneumonie; les tubereules crus n'étaient qu'une complieation. »

Ce qui veut dire, si je ne me trompe, qu'en présence de deux maladies d'une gravité différente, le médeein doit eourir sus à la moins grave et ne regarder l'autre que comme une eomplieation. J'aime à croire, monsieur, que vous ne formulez de tels principes que dans le eas aetuel et pour les besoins de la eause, ear, en les généralisant, vous arriveriez fatalement à la négation absolue de l'élément pronostie comme indieation thérapeutique. Et puis, bien que je n'aie pas demandé à la famille, qui me l'aurait eertainement refusée, l'autorisation de faire l'autopsie du eadavre, je crois pouvoir affirmer, en me basant sur les faits de néeroscopie précédemment publiés et sur les probabilités les plus acceptables, que la pneumonie était d'origne tubereuleuse : dans eette hypothèse, le tartre stibié était doublement indiqué; et quand même la partie postérieure du poumon droit hépatisé n'eût pas eontenu de tubereules, était-ee une raison pour ne pas administrer l'émétique? Je ne le pense pas.

III. — Je regrette vivement, monsieur et honoré eonfrère, que les lignes suivantes ne se soient pas trouvées dans votre premier travail : « Je ne laisse guère mes malades pendant les premières heures, et c'est le doigt sur le pouls, interrogeant à la fois la physionomie, l'état des forces, la nature et le nombre des évacuations, que je presse ou que je ralentis les doses. » (P. 564.)

Qu'un médeein qui exerce dans une grande ville, dont la clientèle est agglomérée dans un rayon peu étendu, qui, à la tête d'un service d'hôpital, a à sa disposition des internes intelligents, tout prêts à exécuter ses ordres ou à prévenir ses désirs, puisse entourer les malades, qu'il soumet à une médieation aetive, de tant de soins et de précautions, cela se comprend; mais supposez, et cette hypo-

thèse n'a rien que de très-admissible, un médecin de campagne ayant à soigner à la fois trois ou quatre phthisiques, distants l'un de l'autre de quelques kilomètres, et admettez, de plus, qu'il consacre seulement deux heures à chacun de ces malades, comment pourra-t-il suffire à visiter ses autres clients ?

Et puis, quel est donc le pays assez favorisé du ciel pour posséder de la glace en toute saison ? Ce n'est assurément pas le Médoc. Lorsqu'en présence d'une hernie étranglée, d'une méningite, d'une grave hémorrhagie, etc., etc., l'indication est formelle et pressante, nous sommes obligés d'écrire le matin à Bordeaux, et nous sommes fort heureux si, le soir, le voiturier nous apporte 30 grammes de glace, lorsque nous en avons demandé un kilogramme. Ce sont là de ces entraves matérielles contre lesquelles viennent se briser les volontés les plus fermes, les convictions les mieux arrêtées. Le plus grand nombre de mes confrères des campagnes doivent être dans le même embarras que moi, et nous voilà dores et déjà obligés de renoncer au bénéfice d'une médication utile, je n'en doute pas, mais dont l'application, vous en conviendrez, ne laisse pas que d'être très-délicate et très-difficile.

IV.— Enfin, monsieur, vous supposez fort gratuitement, suivant moi, que j'ai publié mon article uniquement dans le but de « combattre des exagérations qui ne sont ni dans votre esprit, ni dans votre travail. » Je lis et relis mes conclusions, et je n'y vois rien, je vous l'avoue, qui puisse justifier une semblable accusation. Qu'ai-je, en effet, voulu prouver ? Rien autre chose que ceci : en me plaçant dans les conditions formulées par M. Fonssagrives, comme propres à assurer la réussite de la médication stibiée dans la phthisie pulmonaire, j'ai eu à combattre des accidents évidemment déterminés par cette médication, accidents qui ont mis la vie de mon malade en danger, sur lesquels le célèbre professeur de Brost n'avait pas appelé l'attention de ses confrères, parce qu'ils ne s'étaient jamais présentés à son observation, et qui m'ont contraint à cesser l'emploi de la potion de Rasori.

Je n'ai jamais eu l'idée que vous me prêtez de mettre cette intolérance antimoniale sur le compte de la phthisie; mais je soutiens qu'une superpurgation qui, dans des conditions normales de force de résistance, peut n'avoir que des inconvénients passagers, est, en raison même de leur faiblesse, on ne peut plus préjudiciable à des phthisiques, surtout lorsqu'elle revêt des caractères cholériformes, comme dans le cas actuel. Que ce soit une exception, je veux bien le croire, mais encore est-il bon que l'on soit prévenu de la possi-

bilité de pareils accidents, afin de ne pas s'endormir dans une sécurité trompeuse et de se tenir prêt à les combattre promptement, par tous les moyens possibles.

Quant au mot *empirisme*, je le déclare en toute loyauté, il ne s'adressait ni à vous ni à la méthode de traitement que vous préconisez, mais bien à ces imitateurs maladroits ou passionnés qui, plus royalistes que le roi, auraient eu de la tendance à généraliser l'emploi de ce moyen et à l'appliquer indistinctement à tous les cas. Par le fait seul que vous admettiez des contre-indications, le mot *empirisme* devenait un non-sens, et tout lecteur impartial en aura, j'en suis sûr, parfaitement saisi la signification.

Dans un livre récemment publié, et qui est destiné à faire tapage dans notre Landernau, l'illustre professeur de clinique de Strasbourg a mis hors de contestation les propositions suivantes : Toute phthisie pulmonaire comporte trois éléments distincts, quoique solidairement liés entre eux, et qui sont : la diathèse, ce protée pathologique si cher à l'école de Montpellier ; la fluxion ou l'inflammation péri-tuberculeuse ; et la production hétérologue, tubercule. Tous les moyens employés jusqu'à présent contre ce dernier élément ont échoué, cela est vrai ; mais je ne partage à ce sujet ni vos défaillances, ni votre découragement. Je suis jeune et j'ai foi dans l'avenir, dans les ressources immenses que possède la médecine et dans le zèle infatigable de mes confrères. Tout aussi éloigné d'un optimisme exagéré que de ce scepticisme qui tend à accréditer parmi nous cette pitoyable bouffonnerie de la supériorité des anciens sur la génération médicale actuelle, et qui regarde les aphorismes d'Hippocrate comme le *nec plus ultrà* de la perfection en médecine, je ne considère par comme « frappées *par avance* de stérilité toutes les tentatives qui se proposeront d'enrayer d'une manière sûre et définitive la tuberculisation pulmonaire. » (Numéro du 15 juillet, p. 6.)

Mais il faut bien avouer que, pour le moment, les éléments diathèse et tubercule restent invulnérables ; c'est donc contre le troisième élément, inflammation, que nous devons diriger tous nos efforts dans le but, non pas de guérir, mais de faire *durer*, comme vous le dites si bien, les malheureux malades qui sont confiés à nos soins. Le tartre stibié à dose rasorienne est un moyen d'arriver à ce résultat. Est-il meilleur que les autres, voilà la question, et je désire ardemment, croyez-le bien, que vous puissiez la résoudre par l'affirmative.

Je ne discuterai pas ici, monsieur et honoré confrère, vos idées sur le mode d'action de l'émétique et sur la genèse du tubercule.

Ces questions de physiologie pathologique et de pathogénie ne sauraient trouver place dans un recueil spécialement destiné à la pratique.

Encore un mot, et j'ai fini. Le malheureux jeune homme dont j'ai publié l'observation vient de succomber. La maladie, après être restée quelque temps stationnaire, a pris tout à coup des caractères alarmants, qui ne laissaient aucun doute sur une terminaison fatale prochaine, et, en effet, une phthisie galopante sur-aiguë a enlevé le malade dans l'espace de quelques jours. Un symptôme sur lequel j'appelle l'attention des praticiens et que dans l'espace de quelques années j'ai rencontré chez cinq ou six malades, m'a permis de porter dès son apparition un pronostic défavorable, je veux parler de l'ostéite tuberculeuse? — du gros orteil.

Agréez, etc., Dr A. Ferrier.

Réponse à la lettre précédente.

Il me serait facile, en revenant sur chacun des points de la controverse de notre spirituel, mais très-vif confrère, de démontrer que ma réfutation des conclusions de son premier travail n'est nullement entamée par les arguments qu'il fait valoir dans sa réplique; mais je me demande à qui pourrait être utile la prolongation d'une polémique semblable. Les lecteurs du *Bulletin* ont en main les pièces du débat, et nous ne saurions mieux faire, l'un et l'autre, que d'en remettre la solution à leur intelligence et à leur impartialité. D'ailleurs, du moment que notre confrère admet qu'il a pu rencontrer un cas exceptionnel, il infirme par cela même la valeur de la conclusion qu'il en a déduite. Qu'il continue donc, sans appréhension aucune, à expérimenter une médication dont l'innocuité est absolue, quand elle est employée avec opportunité et prudence, et nous ne désespérons pas qu'elle ne trouve plus tard en lui un partisan très-chaleureux et très-convaincu. Nous nous féliciterons, bien entendu, de cette conversion, et pour plus d'un motif. M. Ferrier nous apprend qu'il est jeune, nous nous en serions douté à la vivacité de sa lettre et surtout à l'ardeur généreuse avec laquelle il croit au perfectionnement de la thérapeutique. Qu'il nous retourne, s'il le veut, ce double reproche, nous le méritons, et nous ne nous en défendons pas. Nous sommes donc plus près de nous entendre qu'il ne le croit. Quant à la *pierre* métaphorique lancée par notre confrère bordelais, et qui, à défaut de jardin, est venue tomber dans mon cabinet de travail, je m'abstiendrai de lui faire suivre la pa-

rabole inverse, et j'aime mieux, à la façon des anciens, m'en servir pour marquer le jour qui m'a mis en rapport avec un esprit distingué, *dies albo notanda lapillo*. Je ne demande à M. Ferrier, en retour de ce procédé, que de réserver pour notre *Bulletin de Thérapeutique* les observations qu'il recueillera à l'avenir sur l'utilité de l'émétique dans certaines formes et à certains degrés de la phthisie. Je suis assez convaincu de son indépendance d'esprit et de son amour de la vérité pour être sûr qu'il reconnaîtra de lui-même qu'il a tiré d'un seul fait des conclusions trop hâtives et trop absolues.

D[r] Fonssagrives.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hématémèse grave traitée avec succès par la glace a l'intérieur associée a l'alun et par les applications de glace a l'extérieur. — Le fait suivant nous paraît mériter d'être cité, à cause des effets remarquables dont la médication a été suivie, dans un cas où les accidents semblaient véritablement formidables et pouvaient faire supposer l'ouverture dans l'estomac d'un vaisseau artériel important.

C'était un jeune homme de vingt et un ans, d'une constitution assez délicate, sans être jamais malade. Appartenant aux classes élevées de la société, il prenait une part active à tous les amusements de son âge, dansait beaucoup, chassait, montait à cheval. C'est même pendant ce dernier exercice qu'il éprouva une faiblesse telle qu'il pouvait à peine se tenir à cheval, et aussitôt descendu, il fut pris de vomissements de sang qui, d'abord noirs et grumeleux, ne tardèrent pas à prendre un caractère plus franchement artériel.

Lorsque M. de Rici fut appelé auprès de lui, il y avait déjà vingt heures que les accidents continuaient : la térébenthine qu'on lui avait donnée avait agi comme vomitif, et on avait dû renoncer à la continuer. L'aspect était celui d'un sujet profondément anémique, la face anxieuse et baignée de sueur froide, les yeux éteints, le pouls faible et très-fréquent. Les astringents végétaux furent employés pendant plusieurs heures, mais l'effet n'en était que momentané, et après quelques heures, le malade était dans un tel état que, pendant quelques instants, on put le croire mort : plus de pouls, les yeux fixes et vitrés, la respiration comme suspendue. De l'eau-de-vie coupée d'eau fut administrée, ainsi qu'un lavement avec l'éther chlorique, pour réveiller le système nerveux; puis de la glace en morceaux fut

donnée par la bouche, une vessie pleine de glace placée sur l'épigastre, de l'alun en poudre administré avec la glace, en même temps que par le rectum on portait de l'eau-de-vie, de l'éther et d'autres stimulants. Toutes les trois heures on revint encore à l'alun et à la glace, ainsi qu'au lavement composé de deux jaunes d'œuf, une cuillerée de gelée de viande, même quantité de vin de Porto et 5 grammes de quinine.

Fort heureusement pour le malade, ces lavements furent très-bien gardés, de sorte qu'on put lui en donner six en 12 heures, et on commença à diminuer la quantité d'alun et de glace; 24 heures, 48 heures, 72 heures s'étaient écoulées, pas d'hémorrhagie; l'alun fut suspendu, de la glace donnée seulement de temps en temps. Malheureusement on eut la mauvaise idée de lui donner un peu d'aliments par la bouche, et 95 heures après les premiers accidents, les vomissements reparaissaient avec une telle intensité, que pendant quelques instants on le crut mort. Le même traitement fut repris, et cette fois avec une plus grande sévérité que la première fois. Pendant 140 heures le malade resta sans prendre d'aliments par la bouche, soutenu par les lavements alimentaires et stimulants; pendant trois semaines, il fut soumis à ce traitement très-sévère, et la guérison fut complète cette fois, bien entendu après un traitement tonique, après l'emploi des ferrugineux, le séjour à la campagne, etc. Il y a maintenant plusieurs années que cet accident est arrivé et la santé de ce jeune homme est parfaite.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Ascite *compliquant la grossesse; procédé particulier de paracentèse.* Lorsqu'on évacue par une ponction avec le trocart ordinaire, en un seul temps, tout le liquide abdominal, dans le cas de grossesse, l'utérus ne tarde pas, en général, à entrer en contraction. Cette ponction peut, par conséquent, provoquer un avortement ou un accouchement prématuré. Pour prévenir cet accident, M. Pigeolet conseille de perforer simplement avec une aiguille ou un trocart capillaire la saillie ombilicale qui existe presque toujours dans ces cas. Le liquide s'écoule goutte à goutte et la grossesse ne se trouve pas menacée. M. Pigeolet a employé ce procédé avec un plein succès sur une malade de l'hôpital Saint-Jean. L'auteur donne ce procédé comme nouveau, mais c'est le plus ancien de tous, puisqu'on le voit signalé dans la collection des œuvres hippocratiques, et nous pouvons l'accepter seulement comme procédé particulier, dans le cas tout spécial dont traite le chirurgien de Bruxelles. (*Gaz. hebd.*, février 1861.)

Bec de lièvre compliqué. (*Opération faite en plusieurs époques et suivie de succès.*) Il est peu de questions de pratique chirurgicale sur lesquelles les avis soient plus divisés que celle de l'âge auquel il convient d'opérer le bec de lièvre congénital, et l'on sait les raisons qui ont été alléguées pour et contre l'opération pra-

tiquée de bonne heure. On sait aussi que, lorsque le vice de conformation, au lieu d'être simple, est double ou compliqué, cette divergence d'opinions diminue sans toutefois disparaître tout à fait, et que, dans ces sortes de cas, la majorité des chirurgiens s'accorde à reconnaître qu'il y a urgence à opérer sans retard. Cependant les inconvénients reprochés à l'action immédiate sont alors augmentés, et tellement sérieux et graves que quelques maîtres n'hésitent pas à repousser l'opération jusqu'à la troisième année, époque où la tonicité des tissus et l'accroissement des forces écartent jusqu'à un certain point les craintes de l'ébranlement et de l'épuisement nerveux, du danger de l'hémorrhagie, de la déchirure des lambeaux, de l'insuccès, en un mot du sacrifice de l'enfant. Et cependant s'il est une difformité qui réclame une réparation immédiate, c'est certainement celle qui fait obstacle à l'alimentation, s'oppose au langage, et par suite au développement régulier du physique et du moral. S'appuyant sur ces raisons, MM. les docteurs Coutenot et Monnot, professeurs à l'école secondaire de médecine de Besançon, en présence d'un cas de bec de lièvre double, compliqué de saillie osseuse incisive et de bifidité de la voûte palatine, se sont demandé, d'une part, si attendre plusieurs années sans aider à l'harmonie de développement qui a lieu entre les parties molles et les parties dures, sans secourir cette influence réciproque des chairs sur les os, si propre au rapprochement des bords de la division palatine, ce n'était pas fuir un danger pour se précipiter dans un autre; et d'autre part, si à cette nécessité reconnue par eux d'agir immédiatement, on ne pouvait pas satisfaire sans compromettre la vie de l'enfant. Ils ont cru à cette possibilité; ils ont espéré de la réaliser par un procédé qui rappelle celui de l'habile chirurgien américain Warren, c'est-à-dire en pratiquant l'opération en plusieurs temps ou plutôt en plusieurs époques différentes, et le succès qui est venu répondre à leur attente nous paraît un encouragement à imiter leur exemple dans les circonstances semblables. On nous saura gré de donner l'observation avec quelques détails et le plus souvent en reproduisant le texte de M. Coutenot

Il s'agit dans ce cas d'un enfant mâle, né à terme, de constitution vigoureuse, mais offrant un bec de lièvre double avec complication, c'est-à-dire cette difformité connue sous le nom de *gueule de loup*. M. Coutenot donne ainsi les détails de ce vice de conformation : « 1° Un tubercule médian, charnu, ovale, de 1 centimètre de largeur sur 8 millimètres de hauteur, muni du frein, supportant en arrière la pointe du nez dépourvu de cloison. 2° Un os incisif, proéminant horizontalement, d'environ 1 centimètre, et terminé en un biseau obliquant légèrement en bas; il a la même étendue à sa base, qui s'attache à l'extrémité antérieure du vomer : c'est lui qui supporte le tubercule charnu méd[illegible] 3° Absence complète du voile d[illegible] et de la voûte palatine; le v[illegible] les cornets sont au grand jo[illegible] bord alvéolaire droit s'interrompt et se recule un peu au moment de toucher la base de l'os incisif; le bord alvéolaire gauche s'interrompt bien auparavant, laissant entre l'os incisif et son bout interrompu une perte de substance ou vide assez large pour y loger le pouce dans son grand diamètre. 4° Des deux tubercules latéraux de la lèvre, le droit est petit, mais extensible; le gauche est plus court, plus arrondi, plus sessile : à sa base s'implante le bord interne de l'aile gauche du nez, tiraillée, tendue de l'os incisif au bord alvéolaire, et formant le bord supérieur de cette excavation faciale qui permet, même lorsque la bouche est fermée, de pénétrer du regard dans la cavité buccale et dans la cavité nasale réunies en une seule; le nez est par suite écrasé et aplati. » Le père réclamait une opération immédiate et entière. Une consultation eut lieu entre M. Coutenot, chirurgien traitant, et ses confrères MM. Monnot, Chenevier et Lebon. M. Monnot ayant émis l'opinion que le succès n'était possible qu'à la condition que l'opération serait faite en plusieurs fois, à des intervalles variables, cet avis prévalut et l'on convint de commencer par le point le plus difficile : obturer l'énorme perte de substance du maxillaire gauche. Cette première opération fut pratiquée le jour même, 7 mai 1856. Le tubercule labial gauche, avivé au ciseau, fut détaché du bord alvéolaire, et une partie de la joue le fut également de la gencive; ensuite avivement du bord gauche du tubercule médian, après avoir débridé le frein; deux épingles; suture entortillée serrée médiocrement jusqu'à affrontement.

L'enfant fut nourri par des instillations de lait coupé; on lui donna aussi de l'eau diacodée et il dormit beaucoup; les épingles furent enlevées, la supérieure le troisième jour, la seconde le lendemain, et l'agglutination fut protégée au moyen d'un appareil au collodion. Cette première opération, sur laquelle reposait tout le succès, avait réussi; mais l'enfant avait dépéri, et ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'on put procéder à la deuxième partie de l'opération, qui eut lieu le 10 juin. Elle consista dans la résection de l'os incisif: une incision circulaire faite à sa base détacha une petite manchette muqueuse, qui fut rabattue sur l'os, et celui-ci fut réséqué avec une forte pince ; il renfermait [illegible]ents. Il y eut une petite hémo[illegible] par une artériole ; un bouton de feu l'arrêta ; la cicatrice osseuse ne s'obtint qu'à la longue, et il resta une petite ulcération, que la cautérisation parvint à faire disparaître. Enfin il restait à remédier à la division labiale du côté droit : cette troisième et dernière partie de l'opération eut lieu le 22 juillet, époque à laquelle la santé de l'enfant était excellente. Le tubercule médian, obéissant à l'effort de la traction, s'était porté sur la gauche en s'étirant, ce qui obligea d'aviver obliquement de bas en haut et en dehors le tubercule latéral droit; pour faciliter la traction, l'incision fut prolongée au-dessus de l'insertion du cartilage du nez. Le rapprochement fut maintenu par deux épingles, le fil entortillé, et un bandage unissant léger. Le troisième jour l'aiguille inférieure fut enlevée; l'union paraissait faite, elle fut protégée par un appareil au collodion. Le point difficile se trouvait en haut, à la base du tubercule médian devenu très-mince; heureusement l'agglutination s'y opéra et l'enfant eut une lèvre. L'opéré revu six mois après buvait et mangeait avec facilité, les deux portions palatines du maxillaire tendaient à se rapprocher visiblement, et l'interruption osseuse en avant avait diminué d'étendue. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, 1859.)

Digitale (*Sur l'action et les propriétés thérapeutiques de la*). Les incertitudes qui règnent encore sur l'action de la digitale nous engagent à reproduire les conclusions de l'intéressant mémoire de M. le docteur Germain dont nous avons publié une analyse dans un de nos derniers numéros.

1° Malgré l'opinion opposée de Landers, qui, du reste est en contradiction avec tout ce qui a été observé avant et après lui, la digitale ralentit la fréquence des contractions du cœur.

2° Rien ne démontre qu'elle affaiblira la force de contraction du cœur. Tandis que la théorie et les expériences physiologiques, ainsi que mes propres expériences, prouvent qu'un de ses effets médiats dans les rétrécissements des orifices du cœur est de l'augmenter; par conséquent il n'y a aucun danger de la donner dans des cas où l'énergie du cœur paraît diminuée.

3° La fréquence des contractions du cœur dans le cas de rétrécissement des orifices empêchant cet organe de revenir à un fonctionnement normal et entretenant le désordre de la circulation, la digitale ayant la propriété de diminuer la fréquence des contractions; il n'est pas nécessaire d'invoquer un autre mode d'action pour expliquer l'amélioration de cette plante.

4° On ne trouve dans les écrits des auteurs rien qui prouve que la digitale jouit de propriétés diurétiques, et cette réputation que lui a faite Withering paraît avoir été acceptée sans discussion par tous ceux qui l'ont suivi.

5° Il est bien vrai que, dans les affections organiques du cœur où l'emploi de la digitale amène une amélioration de la circulation, elle produit souvent une diurèse abondante; mais cette diurèse, dans ce cas, n'est qu'un effet médiat résultant du retour de la circulation à l'état normal.

6° Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître à la digitale une action puissante sur l'estomac : à très-petites doses, elle stimule l'appétit, mais aux doses auxquelles elle agit sur le cœur, elle produit de l'anorexie, même des nausées, et peut devenir une cause de dyspepsies dangereuses dans le plus grand nombre de cas.

Hémoptysies *produites par le sulfate de quinine.* Le sulfate de quinine peut-il donner lieu à des hémoptysies ? Giacomini recommande le quinquina comme l'un des moyens les plus héroïques contre les hémoptysies et les autres hémorrhagies, et tout le monde est d'accord avec lui lorsqu'il s'agit d'hémorrhagies passives ou dues à la diffluence du sang. Il est évident que cette vertu est due aux principes toniques que renferme le quinquina, et il n'y a pas de raisons pour attendre les mêmes effets du sulfate de quinine,

par exemple. Mais ce qui pourrait être hors de prévision, si l'expérience ne venait pas le démontrer, c'est la propriété qu'aurait, tout au contraire, le sulfate de quinine de donner lieu dans certaines circonstances aux hémoptysies. Voici quelques faits rapportés par M. le docteur Simon de Ronchamp, qui tendraient à le faire admettre.

Un homme de vingt-huit ans, atteint de fièvre intermittente quotidienne avec embarras gastrique, douleur violente dans la tête et dans les membres, et une grande lassitude dans l'intervalle des accès, prit 50 centigrammes par jour de sulfate de quinine, sous forme pilulaire, quatre heures avant l'accès. Après la première dose, l'accès ne reparut plus; mais les pilules durent être continuées les jours suivants, pour dissiper la lassitude et la céphalalgie. Le cinquième jour au soir, le malade avait pris en tout 2gr,50 de sulfate de quinine, lorsqu'il commença à cracher du sang. Chaque effort pour ramener les glaires de l'arrière-gorge en fit rejeter une petite quantité, intimement mêlée avec de la salive spumeuse. La gorge, les poumons, le cœur et la rate, examinés avec soin, ne présentaient aucun symptôme morbide. Les dernières traces de la fièvre ayant disparu, on suspendit toute médication, et, dès le lendemain, le malade ne cracha plus de sang. Au bout de quelques jours, nouveaux symptômes, annonçant le retour de la fièvre. Le malade prend de nouveau cinq pilules de sulfate de quinine en une fois, pendant trois jours de suite. Le troisième jour, l'hémoptysie reparut pour cesser quelques heures après. Le malade n'a plus pris de sulfate de quinine depuis, et n'a plus craché le sang.

Un second malade, âgé de trente-deux ans, atteint d'une fièvre tierce, est mis à l'usage du sulfate de quinine, 60 centigrammes en poudre dans du café noir pendant cinq jours. Le cinquième jour, la rate étant grosse et douloureuse, on prescrit cinq nouveaux paquets. Le malade n'en avait encore pris que deux, lorsqu'il se mit à cracher le sang. Le remède fut suspendu, et le lendemain l'hémorrhagie avait cessé. Cependant, la rate étant toujours grosse, on revint au sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes par jour. Après trois jours, l'hémoptysie reparut de nouveau ; elle ne cessa que lorsqu'on renonça à l'emploi du sulfate de quinine.

Les mêmes faits s'étant reproduits à peu près identiquement dans trois autres circonstances semblables, dont l'une notamment lui était personnelle, M. Simon s'est cru fondé, avec raison, croyons-nous, à voir là autre chose qu'une simple coïncidence, et attribuer dans ces deux cas les hémoptysies qui se sont produites à l'action du sulfate de quinine.

Ce fait nous a paru digne d'être signalé à l'attention des praticiens qui sont à même de faire un fréquent usage de ce médicament. (*Gaz. des hôpit.*, janvier 1861.)

Hernies ombilicales (*Remarques sur deux cas de*) *guéries chez des enfants par la ligature du sac.* Ce mode de traitement était adopté dans la pratique courante des anciens ; aussi Celse le décrit-il avec sa précision [illegible] élégance ordinaires. Plus tard [illegible]st plus fait mention. Dans le s[illegible] dernier Saviard, puis Desault, ont cherché à faire revivre cette ligature; mais l'opposition des chirurgiens les plus haut placés, Pott, Sabatier, Scarpa, Boyer a empêché ce traitement de se vulgariser. M. J.-B. Borelli a tenté d'en appeler de ce jugement, en publiant quelques cas de succès; encouragé par son exemple, M. Giorcelli y a eu recours dans deux cas. Chez ces enfants, dit l'auteur, ni la compression seule, ni le développement du corps n'eussent pu amener la guérison de leur infirmité. La ligature du sac dut être répétée une seconde fois, cinq jours après la première opération; aucun accident ne survint et la cure fut radicale. Les petits malades avaient l'un sept mois, l'autre trois ans; or, M. Giorcelli oublie de nous dire sur quelles données il s'est fondé pour assurer que ces enfants ne pouvaient guérir par l'emploi de la compression, aidée des modifications qui sont amenées par le développement du corps. Aux motifs donnés par les maîtres de la science à l'appui de l'emploi exclusif de la compression, et qui sont basés sur les bons effets immédiats de ce traitement, nous ajouterons le fait suivant. Les hernies sont un motif d'exemption du service militaire ; or, sur les listes publiées, on ne voit jamais figurer la hernie ombilicale. Que deviennent donc les nombreux exemples qu'on est appelé à traiter chez les enfants? Ils guérissent. Il n'y a donc pas lieu de modifier le traitement habituellement suivi, surtout pour lui substituer des moyens plus dangereux. (*Gaz. med. Ital. stati Sardi*, numéro 35, 1860.)

Métrorrhée séreuse *des femmes enceintes*. Dans un travail soumis à la Société médicale du Haut-Rhin, M. le docteur Chassinat a émis sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes quelques idées pratiques qui nous paraissent mériter de trouver place ici.

Les cas de métrorrhée recueillis par M. Chassinat sont au nombre de dix. Il ressort de ces observations que l'écoulement du liquide s'est produit la plupart du temps à une époque assez avancée de la grossesse, que dans la plupart des faits il s'est répété à plusieurs reprises, et que souvent il a coïncidé avec des pertes sanguines. L'auteur considère le liquide qui constitue l'écoulement comme sé[illegible] à la surface interne de l'utérus, c[illegible]s de l'œuf, et s'écoulant par l'or[illegible]rin, après un décollement préala[illegible]s ou moins considérable, des membranes. — Les causes de la métrorrhée sont extérieures ou internes ; les causes extérieures ayant provoqué le décollement des membranes, manquent le plus souvent; quant aux causes internes, l'hypérémie générale a une influence directe sur la production de l'écoulement, tandis que l'asthénie générale a rarement donné lieu à cet accident. Les hémorrhagies utérines y prédisposent; rarement la métrorrhée a coïncidé avec l'hydramnios.

Voici quels sont les symptômes de la métrorrhée : Tantôt le flux séreux survient brusquement par la vulve; d'autres fois il est annoncé par de la pesanteur dans le bassin, des douleurs lombaires ; quelquefois il y a une distension de l'abdomen. L'écoulement peut se faire par un flot abondant, ou bien le liquide sort en bavant. Il peut reparaître à des intervalles plus ou moins éloignés. D'autres fois il est continu, jusqu'au terme de la grossesse. L'écoulement est quelquefois accompagné d'une hémorrhagie utérine. La quantité la plus considérable de liquide n'a pas dépassé 50 litres pour toute la durée de l'écoulement ; souvent elle a été moindre. Le liquide qui s'écoule est ténu, limpide, de couleur citrine, analogue à la sérosité de l'ascite, laissant sur le linge des traces rigides après dessiccation ; son odeur est ordinairement nulle.

Le pronostic est généralement favorable pour la mère ; quand l'écoulement est simple, non compliqué d'hémorrhagie, le fœtus continue à se développer. Chez les femmes douées d'une grande irritabilité de l'utérus, l'avortement est à craindre. Dans l'hydramnios, l'enfant naît ordinairement chétif et grêle ; dans la métrorrhée séreuse, il naît fort et bien portant.

Voici les règles du traitement, formulées par M. Chassinat. La femme est-elle pléthorique, infiltrée, y a-t-il des signes de congestion sanguine vers d'autres organes, on aura recours aux saignées générales ; il ne faut pas se laisser arrêter par l'œdématie qui cède aux émissions sanguines. Un repos modéré, une alimentation légère, les diurétiques, les sudorifiques légers sont utiles. Dans les cas d'asthénie générale, de cachexie quelconque, on emploiera les toniques. Dans les cas ordinaires, il faut s'en tenir à l'expectative. Si la collection séreuse devenait la cause de symptômes plus ou moins graves, on pourrait peut-être donner issue au liquide par le col obstrué par des mucosités ou contracté spasmodiquement. On doit prévenir les récidives, recommander que la femme ne redevienne pas trop tôt enceinte, et s'il arrive une nouvelle grossesse, l'engager à éviter tout ce qui peut exciter l'utérus. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, novembre 1860.)

Ongle incarné *et ulcères calleux. Traitement par le bain local permanent*. M. le docteur Hagspihl, de Dresde, a constaté que, peu de temps après qu'un ulcère calleux a été plongé dans un bain tiède, de chaleur agréable, l'ulcère perd son odeur fétide, la rougeur qui l'entoure diminue et disparaît. Bientôt on voit s'élever sur les parties indurées, surtout sur les bords calleux, des masses blanchâtres, molles, composées de cellules épidermiques, les unes intactes, les autres détruites ; quand on les enlève avec la spatule, elles se reproduisent rapidement ; mais en même temps, l'induration diminue et cède totalement. C'est alors que commence la période de réparation. Elle est très-rapide. On voit souvent survenir un gonflement inflammatoire et douloureux des vaisseaux et des ganglions lymphatiques correspondants. Dans ce cas, il faut sortir le membre du bain et faire un pansement simple, jusqu'à ce que tous ces phénomènes aient disparu. L'ulcère éprouve alors un arrêt dans sa marche vers la guérison, parfois même il rétrograde, mais il suffit de le remettre dans le bain pour activer de nouveau la cicatrisation.

La déformation de l'ongle incarné résulte de l'inflammation d'une portion

de la cicatrice de cet organe. Or, le bain permanent enlève cette inflammation, et la nouvelle sécrétion de l'ongle se fait dans une direction normale. (*Deutsche klinik*, et *Union méd.*, janvier 1861.)

Ténia (*Acide sulfurique aromatique dans le traitement du*). Nous sommes loin de manquer de médicaments, et de médicaments efficaces, contre le ver solitaire. Il ne semble donc pas que ce puisse être pour répondre à un besoin réel de cette thérapeutique spéciale, que nous signalons ici les propriétés ténicides attribuées à l'acide sulfurique : cependant, si ces propriétés étaient bien constatées, il serait évidemment intéressant qu'elles fussent connues; car dans la pratique il se rencontre des cas où, à défaut d'un agent, il est avantageux de pouvoir recourir à un autre.

C'est le docteur Darrach qui préconise ce nouveau remède contre le ténia, non pour s'être assuré par loi-même de son efficacité, mais pour en avoir été instruit par le docteur Nichols. Celui-ci, au mois de février 1860, avait traité par ce moyen un fermier âgé de trente-cinq ans, qui, atteint de ténia, était tombé dans un état de marasme semblable à celui que détermine la phthisie à un degré avancé. Il lui prescrivit un mélange de 1 once d'acide sulfurique aromatique dans une pinte et demie d'eau, à prendre à doses aussi rapprochées qu'il le pourrait jusqu'à ce qu'il l'eût bu entièrement. Des portions de ténia avaient été rendues précédemment; mais le troisième jour une grande quantité, une pinte environ, de fragments de ce ver paraissant comme en partie digérés, fut rejetée par le malade qui, six mois après, avait repris ses forces et son embonpoint, sans s'être ressenti d'aucun symptôme dénonçant la présence du parasite.

D'après l'article auquel nous empruntons ces détails sommaires, les propriétés de l'acide sulfurique aromatique comme ténicide auraient été révélées, il y a trente ans, au docteur Nichols par une femme qui l'avait employé avec succès sur elle-même. Depuis lors il l'avait prescrit dans plusieurs cas, et toujours avec le même effet, c'est-à-dire l'expulsion du ver en fragments et paraissant à demi digéré, plusieurs des sujets étaient restés plusieurs années soumis à son observation, sans jamais présenter aucun signe qui pût faire croire au retour du parasite. (*Amer. journ. of med. sc.*, oct. 1860, et *British med. journ.*, janv. 1861.)

Zona (*Traitement du*). Le moyen dont il s'agit pour le traitement du zona n'est point un moyen nouveau. Il n'y a de nouveau que son application préventive ou immédiate.

Une dame d'un certain âge arrive de la campagne, tourmentée depuis deux jours d'une douleur des plus aiguës à la partie latérale droite et inférieure de la poitrine. M. Hervez de Chégoin, consulté par cette dame, considère cette douleur comme une névralgie intercostale, et fait appliquer un vésicatoire sur le point qui en est le siége. Le lendemain, la douleur avait presque disparu, elle revint le soir. On saupoudra le vésicatoire avec 1/6 de grain de morphine pendant trois jours, et le quatrième elle avait entièrement disparu. Mois le lendemain, en avant du point primitivement douloureux, il apparut un groupe de petites saillies rouges, qui fut aisément reconnu pour un zona. Notre confrère pensa que la première douleur n'était que le signe précurseur d'une pareille éruption qui avait été arrêtée dans sa marche par le vésicatoire. Il fit appliquer immédiatement une mouche de Milan sur cette éruption, déjà le siége d'une douleur assez vive. Dès le lendemain elle était presque calmée, et les boutons lenticulaires affaissés se desséchèrent le quatrième jour, comme le vésicatoire sur lequel, cette fois, on n'avait pas appliqué de morphine. Trois autres groupes de zona se développent successivement et sont traités de la même manière. Tout a été terminé en douze jours, parce que l'apparition des groupes n'a été que successive et que l'application des vésicatoires n'a pu être simultanée. Mais en quatre jours, chaque groupe a été guéri par l'application des vésicatoires. Cette dame a été revue plusieurs fois depuis six semaines, elle n'accuse aucun pressentiment de ses douleurs.

La cautérisation des vésicules par le nitrate d'argent, qui avait d'abord procuré de bons résultats, n'a plus eu ensuite le même succès. M. Rayer assure que sur cinq malades soumis à ce traitement, les douleurs ont augmenté, et que la maladie n'a pas été enrayée. Le résultat obtenu par M. Hervez de Chégoin doit engager à en essayer de nouveau l'usage dans les mêmes circonstances, afin de savoir s'il se montrera toujours efficace. (*Union méd.*, janvier 1861.)

VARIÉTÉS.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Poinseulle, membre de l'Académie de médecine, a été nommé inspecteur de l'instruction primaire du département de la Seine (place créée).

Par divers arrêtés du même ministre, ont été nommés : officiers de l'instruction publique, MM. Jobert (de Lamballe), Longet, Gosselin et Jarjavay, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; M. Valenciennes, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie ; M. Leroy, professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; M. Husson, directeur de l'assistance publique.

Officiers d'Académie : M. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; MM. les professeurs aux Ecoles de médecine dont les noms suivent : Thomas (Reims), Mi[illegible]ux (Grenoble), Granier (Lyon), Guérineau (Poitiers), Ecorchard (Nantes), Nogués (Toulouse) ; M. Bourbon, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris ; M. Hébert, pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques ; M. Laurens, secrétaire agent comptable à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Reynal, chef de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, vient d'être nommé professeur de pathologie, de thérapeutique et de police sanitaire à la même école, en remplacement de M. Delafond, nommé directeur.

La Société de médecine de Bordeaux, dans sa séance publique, a décerné son prix pour 1860. La question mise au concours était : « De la prophylaxie de la tuberculose. » 1° Mention honorable à MM. Edw. Lee (de Londres), Desayvre (de Châtellerault), Bey (d'Edimbourg), C. Castiglioni (de Milan). — 2° Une médaille d'or de 100 francs à M. Ullersperger (de Munich). Cette récompense, accordée en considération de savantes et longues recherches, n'est point détachée du prix, qui a été donné intégralement. — 3° Le prix (médaille d'or de 300 francs), à M. L. Perroud, interne des hôpitaux de Lyon.

La Société a accordé en outre, pour des mémoires manuscrits qui lui ont été envoyés en 1860 : à M. Puech (de Nîmes), « De l'occlusion des conduits vulvo-utérins et de la rétention du sang menstruel, » une médaille d'argent grand module et le titre de membre correspondant. Des mentions honorables à MM. Bonnet (de Poitiers), Gouet (de Brest), Fleury (de Toulon).

M. de la Souchère vient d'être nommé médecin en chef des hôpitaux de Marseille.

Un concours pour deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le 30 avril prochain. Les candidats devront justifier de quatre ans révolus de doctorat. Les chefs internes des hôpitaux de Marseille seront admis s'ils ont un an d'exercice en cette qualité. Ils devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'Hôtel-Dieu, à Marseille.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi thérapeutique de l'oliban ou encens.

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

Parmi les médicaments tombés en désuétude, il en est qui rendaient de véritables services à la thérapeutique, et qui pourraient en rendre encore, si on les retirait de l'oubli ; de ce nombre me paraît être l'oliban, plus connu sous le nom d'*encens*.

Cette substance, au reste, n'a pas disparu complétement du domaine pharmacologique, et elle est demeurée l'un des ingrédients de quelques préparations complexes auxquelles plusieurs praticiens accordent encore leur confiance ; mais tous ne savent peut-être pas, qu'il soit permis de le dire, que l'encens fait partie de ces préparations, et qu'une certaine part d'action peut lui être attribuée dans leurs propriétés thérapeutiques. Rappelons donc que l'encens entre dans la composition de l'emplâtre de Vigo, des pilules de cynoglosse, de la thériaque, et qu'on le trouve aussi indiqué dans quelques formules de diascordium, de baume de Fioraventi et de baume du Commandeur.

Mais on comprend qu'il est assez difficile de déterminer le rôle que joue l'encens dans l'action totale de ces mélanges compliqués.

L'oliban ou l'encens (j'adopterai, sauf meilleur avis, ce dernier mot, comme plus usité de nos jours) est une gomme-résine odorante qui se présente soit en larmes, oblongues ou arrondies, plus ou moins lisses à leur surface, soit en marrons, sortes de concrétions rugueuses, mamelonnées, moins pures que les premières. L'encens le plus pur serait, dit-on, en petits grains ronds d'égale grosseur, auxquels on a donné le nom de *manne d'encens*, et que l'on a considérés comme jouissant de propriétés plus efficaces et plus prononcées. Sous ses différentes formes, la substance est recouverte d'une matière résinoïde pulvérulente gris-blanchâtre ; en brossant cette matière, on trouve les grumeaux de couleur jaunâtre, ou jaune pâle, lorsqu'ils sont purs, comme ceux en larmes, par exemple. La cassure est terne et comme cireuse ; l'odeur est balsamique et pénétrante ; la saveur, résineuse, aromatique et piquante à la fois, est loin de produire une sensation aussi agréable que l'odeur, ce qui oblige à masquer ou à faire éviter la première dans l'emploi thérapeutique.

L'encens contient, d'après Braconnot, 56 de résine, 30 de gomme, 5,2 de matière glutineuse, et 8 d'une essence dont l'odeur rappelle

celle du citron; les cendres renferment du carbonate, du sulfate, de l'hydrochlorate de potasse, du carbonate et du phosphate de chaux.

Il est insoluble dans l'eau, soluble partiellement dans l'alcool, qui laisse la gomme se déposer; il se ramollit par la chaleur, fond difficilement, et brûle avec une flamme blanche, en répandant des fumées abondantes, blanchâtres, d'une odeur agréable, mais forte, et d'un type caractéristique.

On ne paraît pas très-fixé sur l'origine de ce produit; dans les anciennes *matières médicales*, on l'attribue à un genévrier. Toutefois, aujourd'hui, on le rapporte généralement à une térébinthacée, et l'on considère notamment l'encens de l'Inde, le plus estimé, comme fourni par le *boswellia serrata*.

Les médecins grecs employaient l'encens sous le nom de λίβανος, d'où nous avons fait *oliban;* les hippocratistes appréciaient ses vertus médicinales. Les Romains s'en servirent également, et le nommaient *thus*. Longtemps après ces anciens maîtres, il était encore usité dans d'assez nombreuses circonstances. Ainsi, par exemple, dans son *Traité de matière médicale* (1757), Geoffroy nous dit que l'on recommande l'usage interne de l'encens pour différentes maladies de la tête et de la poitrine, aussi bien que pour les flux de ventre et de la matrice, pour la toux, le crachement de sang, la diarrhée et la dyssenterie. Il le prescrivait lui-même contre l'asthme, contre la toux *qui vient de pituite ou de catarrhe*. On peut remarquer dans le traité précité une formule antidyssentérique où l'encens est uni au bol d'Arménie, à la corne de cerf brûlée, à la pierre hématite, et cette formule n'est certes pas l'une des moins rationnelles qui aient été conçues contre les flux de ventre chroniques et rebelles. Le même auteur nous dit encore que l'on emploie l'encens extérieurement dans les fumigations de la tête pour les catarrhes, le vertige, le coryza; qu'il est utile dans le traitement des plaies, qu'il remplit les ulcères de chair et qu'il les fait cicatriser. Or, comme on va le voir bientôt, j'ai eu également à me louer de l'emploi de l'encens, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur en fumigations, dans les cas spécifiés par Geoffroy, ou dans les cas analogues; j'excepte les maladies du ventre, où mon expérience reste à faire, relativement à l'utilité de cette subtance gommo-résineuse. Mais je ne puis m'empêcher de rappeler aux praticiens voués à la thérapeutique chirurgicale ses propriétés incarnatives, qui lui ont valu jadis d'entrer dans un si grand nombre d'onguents, d'emplâtres, de topiques cicatrisants. Il semble, en outre, posséder des propriétés antiseptiques, que les médecins de l'antiquité mettaient à profit dans l'art des embaumements, et il faut

vraisemblablement en voir la confirmation dans ces cas remarquables de guérison de la pustule maligne par l'application topique de l'encens, sur lesquels le *Bulletin de Thérapeutique* appela l'attention il y a quelques années (voir t. XLIV, p. 187; t. XLV, p. 412, et t. LVII, p. 92.)

L'encens appartient à ce groupe des médicaments balsamiques, dont les plus intéressantes propriétés thérapeutiques sont de modifier spécialement diverses conditions pathologiques des membranes muqueuses, et surtout de modérer ou de tarir les sécrétions viciées dont elles sont si souvent le siége. Les effets avantageux et bien connus que produisent les baumes do Tolu et du Pérou, le benjoin, le goudron, on pouvait se demander s'il ne serait pas possible de les obtenir par l'emploi de l'encens. J'ai institué en conséquence des expériences assez nombreuses qui m'ont démontré que cette dernière substance était apte à produire des résultats analogues à ceux des autres agents de la médicamentation balsamique. J'ai été conduit à l'essayer d'après les considérations suivantes : 1° les baumes de Tolu et du Pérou jouissent d'une efficacité incontestable et répondent à de très-fréquentes indications, surtout dans le traitement des maladies des organes respiratoires; mais s'il nous est permis de les employer largement dans la médecine d'hôpital, nous ne devons pas oublier que leur prix est assez élevé, et que dans la pratique particulière leur usage dispendieux ne serait pas à la portée de tous les malades; 2° les préparations de goudron sont d'un goût désagréable et parfois difficilement supportées par l'estomac; 3° quelque avantage que possède tout médicament balsamique, chacun d'eux peut se montrer insuffisant dans un cas donné; il n'est donc pas irrationnel de songer à quelque succédané efficace dans ces conditions d'insuccès, et l'encens, oléo-résine unie à la gomme, présente *à priori* une constitution qui invite à l'expérimenter là où les baumes et les résines odorantes semblent indiqués, là où ils ont maintes fois réussi.

C'est donc principalement à titre de succédané des baumes de Tolu et du Pérou, et pour instituer un traitement moins dispendieux que celui dont ils forment la base, que je propose de retirer l'encens de l'oubli. Si, en outre, il m'a été permis d'attribuer à celui-ci quelque efficacité spéciale, mes essais n'auront peut-être pas été sans profit pour la pratique médicale.

J'ai employé l'encens, dans le traitement des maladies des organes respiratoires, à la période de ces maladies où l'on a lieu de fonder quelque espoir sur l'emploi des autres balsamiques, c'est-à-dire à

l'époque où l'on juge à propos de réprimer les sécrétions catarrhales et de modifier les muqueuses qui les fournissent, de manière à rendre à la fonction sécrétoire sa direction normale. Je l'ai prescrit avec suite dans les bronchites sub-aiguës avec expectoration persistante, et surtout dans les bronchites ou catarrhes pulmonaires chroniques, dans quelques bronchorrées, et partout, en un mot, où il m'a paru désirable de modérer, puis de tarir l'hypercrinie muco-purulente de la muqueuse aérienne. Je n'ai pas réussi dans tous les cas, mais j'ai obtenu dans plusieurs des améliorations qui m'autorisent à considérer cet agent, plutôt oublié que discrédité, comme susceptible de procurer des effets analogues à ceux que l'on obtient de l'emploi des substances placées dans le même groupe pharmacologique. Toutefois, en signalant son utilité, je ne veux pas l'exagérer, et je l'estime inférieure, en général, à celle du baume de Tolu. Mais, je le répète, dans les cas où celui-ci, pour un motif quelconque, ne pourra être prescrit, et surtout dans ceux où il se sera montré insuffisant, je ne vois que de l'avantage à recourir aux préparations d'encens. J'ajouterai que, comme anticatarrhal, comme agent répressif des sécrétions bronchiques opiniâtres, l'encens est encore plus inférieur à la gomme ammoniaque, dans l'efficacité spéciale de laquelle ma confiance n'a fait qu'augmenter depuis le jour où j'ai rappelé l'attention sur ce précieux médicament, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, 1855, t. XLVIII.

J'emploie l'encens sous forme de pilules, depuis 50 centigrammes jusqu'à 2 grammes, terme moyen 1 gramme; on pourrait le porter jusqu'à 4, et même jusqu'à 8, d'après Geoffroy. Je l'ai employé d'abord sans aucun intermède; mais il m'a paru depuis qu'il agissait mieux en l'unissant au savon médicinal, qui sert en même temps d'excipient, et que je prescris à la même dose que l'encens; l'alcali favorise vraisemblablement la dissolution et l'absorption des particules résineuses. En tout cas et de toute façon, l'encens est bien supporté par les organes digestifs, et il ne m'a été donné d'observer aucun phénomène appréciable de ce côté.

J'ai essayé d'administrer ce médicament en potion, sous forme d'émulsion, que l'on obtient facilement par les procédés applicables aux autres gommes-résines; mais la potion a un goût aromatique et piquant qui déplaît, et comme il ne m'a point paru que de cette manière l'encens eût plus d'efficacité, je m'en suis tenu en définitive à la forme pilulaire. J'associe souvent aux pilules l'extrait d'opium, un sel de morphine ou la codéine.

J'ai retiré des résultats non moins favorables de l'emploi de l'en-

cens par la méthode fumigatoire. Tantôt j'incorpore cette gomme-résine réduite en poudre avec d'autres substances, telles que les feuilles de belladone ou de stramoine, dans des cigarettes; le plus souvent, je fais projeter la poudre ou des grumeaux d'encens sur un corps en ignition, pour en faire inspirer la fumée odorante aux malades. J'improvise dans ce dernier cas un appareil inhalatoire dont on a partout les éléments sous la main et que l'on peut également employer pour d'autres fumigations balsamiques; le voici dans toute sa simplicité. On prend une écuelle de grès ou de poterie commune; on la remplit à moitié de cendres surlesquelles on dispose quelques charbons ardents; on recouvre ensuite cette écuelle d'un entonnoir de fer-blanc dont la partie évasée s'emboite dans la circonférence de l'écuelle, puis par la douille de l'entonnoir dont l'axe répond ainsi aux charbons allumés, on jette quelques pincées de poudre d'encens, de benjoin, ou des baies de genièvre concassées. Le malade prend aussitôt entre ses lèvres l'extrémité de l'entonnoir, garnie de linge ou d'agaric, pour éviter de se brûler si le métal s'échauffait, et reçoit au fond de la gorge la fumée balsamique qui se dégage, et qui, pour peu que les mouvements inspiratoires s'y prêtent, se répand plus ou moins loin dans les voies aériennes.

J'ai employé avec avantage les fumigations d'encens, ainsi pratiquées, et aidées ou non de l'usage interne du médicament, dans les bronchites et surtout dans les laryngites chroniques. On doit recommander aux malades de s'administrer ces fumigations au moins trois ou quatre fois dans la journée. Elles contribuent à modifier et à supprimer les sécrétions morbides, à modérer la toux ainsi que les douleurs qui l'accompagnent ou qui existent parfois sans elle dans les parties lésées. C'est au moins un palliatif avantageux dans les maladies graves du larynx, telles que la tuberculose de cet organe.

Je signalerai encore l'utilité toute spéciale de ces fumigations dans le traitement de deux maladies souvent fort rebelles de l'arrière-bouche, la pharyngite granuleuse et la paralysie diphthérique du pharynx et du voile du palais. Dans la pharyngite granuleuse ou angine glanduleuse, je considère les fumigations d'encens comme l'un des meilleurs moyens modificateurs auxquels on puisse recourir; et si ce moyen n'est pas à lui seul efficace, il est du moins l'un des adjuvants les plus utiles des caustiques et de la médicamentation sulfureuse. La maladie granuleuse se propageant souvent sur la pituitaire, il est bon de recommander au sujet de faire passer en partie les fumées balsamiques par les fosses nasales; j'ai vu plusieurs individus qui se sont très-bien trouvés de cette recommandation.

Quant à la paralysie diphthérique, les fumigations d'encens seraient sans doute incapables à elles seules de la faire disparaître ; mais là aussi elles viennent en aide à d'autres remèdes plus énergiques, et tout récemment encore, dans ma clinique, je les ai vues contribuer puissamment à rendre la sensibilité et le mouvement à deux sujets atteints de paralysie du voile du palais consécutive à une angine diphthérique. L'électricité d'induction appliquée concurremment, une pointe sur la nuque, l'autre sur le voile du palais, était considérée à juste titre comme l'agent le plus actif de la cure ; mais l'amélioration était plus marquée, et les sujets en rendaient compte eux-mêmes, sous l'influence combinée des fumées d'encens ; il serait donc impossible en pareil cas de méconnaître leur concours à la guérison.

En résumé, dans les circonstances précitées, et dans quelques autres peut-être qui offriraient des conditions pathologiques analogues ; enfin, dans les cas où existe l'indication des médicaments balsamiques, l'encens me paraît être un agent thérapeutique qui a sa valeur, son utilité, et auquel par conséquent il y aurait lieu de restituer un rang estimable en pharmacologie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Inoculation hypodermique par enchevillement des substances actives telles que le sulfate d'atropine, le chlorhydrate de morphine, le sulfate de strychnine, dans le traitement des névralgies, des paralysies partielles, etc. (1).

Par M. le docteur LAFARGUE (de Saint-Emilion.)

Les piqûres produites avec notre aiguille de bas, acérée comme il a été dit, ne sont point une nécessité gratuite pour le succès thérapeutique attendu. A part le cylindre médicamenteux dont elles préparent et disposent la voie sous le derme, elles apportent aussi leur contingent d'influence dans la cure entreprise. Cette proposition n'est point un simple reflet de l'esprit de paradoxe, car dans mes nombreuses inoculations des sels de morphine à l'aide de la simple lancette, pratiquées pour combattre diverses névralgies, et principalement celles du cuir chevelu, bien des fois j'ai acquis la certitude que dès les premières incisions du derme, avant que le

(1) Suite et fin. — Voir la livraison du 15 janvier, p. 22.

sang imprégné du sel de morphine eût pu le porter jusqu'au cerveau, la douleur s'amendait pour disparaître bientôt après.

Pour le besoin de la méthode que j'expose et de la cause que je défends, j'ai besoin de remettre sous les yeux des lecteurs un passage de mon mémoire imprimé en 1847 dans ce journal (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIII, p. 19).

« Ce phénomène, disais-je (*loc. cit.*, p. 25), loin d'être rare, est un résultat à peu près constant de l'inoculation dirigée contre une névralgie. Comment s'en rendre compte et l'expliquer ? Serait-ce en invoquant une sorte d'analogie entre cette méthode et celle de l'acupuncture ? Il y a peut-être moins de témérité qu'on ne pense à rapprocher ces deux moyens thérapeutiques; voici nos raisons : tous les tissus qui reçoivent des nerfs du sentiment peuvent être affectés de névralgie. Cette exaltation de la sensibilité est souvent déterminée par une congestion véritable du fluide nerveux qui paraît se condenser à outrance dans une sorte de moule bien limité. Ce que j'avance n'est pas une hypothèse; les médecins observateurs et les malheureux patients savent seuls si j'invente. C'est alors, quoi qu'en dise l'école [1], que le doigt promené sur les points envahis exalte la douleur par le simple contact. Cette douleur, vive, subite, très-aigüe, lancinante ou brûlante, exerce ses tortures dans ce moule ou ce cercle. En dedans, souffrances horribles; en dehors, calme parfait. Les auteurs qui se sont occupés de l'acupuncture ont une manière de s'exprimer qui dépeint exactement ce genre d'affection : ils disent que leur aiguille agit en soutirant le fluide nerveux des parties où il s'accumule, comme les pointes soutirent le fluide électrique (Roche et Sanson, Elém. de path. méd.-chir., t. Ier, p. 145, 3e édit.). C'est précisément ce que nous avons vu si souvent en procédant à nos inoculations. Avant que le sel narcotique fût absorbé, dès l'instant de la piqûre de lancette, le calme survenait, le moule offrait comme une fissure par laquelle le fluide nerveux soutiré s'exhalait au dehors. Il n'y a, de notre part, pas plus d'exagération à expliquer ainsi un fait positif, qu'on n'en saurait trouver dans ces paroles de M. le professeur J. Cloquet : « A l'instant même de l'introduction, le malade sent partir de l'aiguille à acupuncture une sorte d'étincelle électrique, qui sillonne les tissus voisins. » (Dict. de méd., t. Ier, p. 530, 2e édit.), ou dans ce pas-

---

[1] Les belles remarques de Valleix sur les *points douloureux* considérés comme moyen de diagnostic dans les névralgies, quoique déjà publiées, n'étaient pas vulgarisées comme elles le sont aujourd'hui, bien qu'elles méritassent de l'être encore davantage.

sage de M. Guersant : « Un individu recommandait à M. Dance de ne point mettre le doigt sur la piqûre, de peur d'empêcher la sortie du *vent* qui venait y aboutir » (*ibid.*, p. 331). J'étais donc dans mon droit en établissant une analogie, et quelquefois une parité d'effet entre les piqûres de l'inoculation et l'acupuncture elle-même, le rapprochement paraîtra plus légitime encore si l'on tient compte du dire de M. Guersant, qui rapporte (*loc. cit.*, p. 335) que l'acupuncture paraît réussir le plus souvent dans les névralgies et les rhumatismes chroniques, affections contre lesquelles nous dirigeons précisément les inoculations avec la plus grande chance de succès.

« Avant de quitter ce sujet, il nous reste à exprimer combien la pratique trouverait d'avantages à réunir souvent les inoculations de morphine et l'acupuncture en un seul et même procédé.

« Sur une longue aiguille (*Bulletin*, loc. cit., p. 182) on ménagerait d'un bout à l'autre un sillon profond, qu'on remplirait d'hydrochlorate de morphine réduit en pâte ; ainsi armée, cette tige serait dirigée, selon l'art, à travers les tissus. S'il est reconnu que la seule application des aiguilles développe de l'électricité, et que c'est à cela qu'on doit les effets parfois merveilleux de l'acupuncture (Dict. des dict., t. Ier, p. 89), la puissance des effets serait encore agrandie par la présence de la morphine dans la petite plaie. Les petits sétons de M. Desportes, je veux dire un fil double passé à l'aide d'une aiguille à travers un pli de la peau, ne sont, à vrai dire, qu'un des modes de l'acupuncture (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXIV, p. 332). On ne manquerait pas d'accroître l'énergie de ces appareils si, au préalable, le fil qui sert à les établir était saturé d'une solution concentrée de sel de morphine : réitérée une ou plusieurs fois le jour, cette précaution serait plus efficace encore. »

Ces faits que je signalais il y a quinze ans, ces analogies que je mettais en relief m'avaient, on le voit, amené à des inductions dont quelques-unes sont aujourd'hui des vérités pratiques. L'action topique des substances actives déposées sous le derme est, de nos jours, d'expérience courante ; mais, qu'on ne s'y trompe point : en observant attentivement, on se convaincra bien vite que la piqûre apporte aussi elle-même sa part de bénéfice.

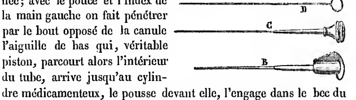
J'ai parlé des petits sétons de M. Desportes : que de fois en ai-je retiré depuis de précieux avantages dans le traitement des névralgies et des rhumatismes chroniques ! Dans ce but je les insère sous l'enveloppe cutanée, au niveau des points douloureux, après avoir eu soin, au préalable, d'imbiber le fil double de coton qui les compose d'une solution concentrée d'un sel de morphine, et mieux

encore de sulfate d'atropine ou de chlorhydrate de vératrine ([1]), selon la forme de l'affection, comme je le signalerai plus bas. Ces sétons sont de véritables conducteurs ou véhicules médicamenteux qu'on a grand tort de négliger. On court trop après les méthodes compliquées ; on a trop de dédain pour la simplicité thérapeutique. Avec peu faire beaucoup et bien, voilà la marche de la nature. Ecartons-nous donc le moins possible de cette règle.

Quand il reste quelque chose à faire, on n'a rien fait, disait un grand esprit du siècle dernier. Cet adage, aiguillon de la pensée, m'a amené à corriger la difficulté qui se rencontre à introduire sous le derme de certains sujets les cylindres médicamenteux.

Chez les personnes à chairs florissantes, la peau riche en capillaires sanguins est douée d'une grande contractilité. A peine alors la piqûre est-elle opérée que les petites lèvres de la plaie se rétractent, et que toute voie demeure fermée aux cylindres médicamenteux présentés à l'orifice de cette plaie, même à l'aide d'une pince. Un appareil très-simple me fait déjouer cet obstacle. Voici sa description :

Que l'on se représente la canule *rectiligne* d'un trocart explorateur ordinaire. Cette canule, longue de 10 centimètres, est assez exiguë pour ne pouvoir admettre dans son calibre intérieur qu'une aiguille de bas très-fine destinée à servir comme de mandrin. A 8 millimètres de l'une de ses extrémités s'observe une fente qui intéresse la moitié de ses parois et qui met à ciel ouvert sa lumière intérieure, dans un espace de 8 millimètres. Dans cette fissure, véritable foyer ou bassinet, est longitudinalement déposé le cylindre médicamenteux. Le bec effilé de la canule, ainsi armée, est introduit au moyen de la main droite dans l'orifice de la galerie sous-cutanée; avec le pouce et l'index de la main gauche on fait pénétrer par le bout opposé de la canule l'aiguille de bas qui, véritable piston, parcourt alors l'intérieur du tube, arrive jusqu'au cylindre médicamenteux, le pousse devant elle, l'engage dans le bec du petit instrument et l'oblige ainsi à venir rapidement et sûrement se loger dans le sillon sous-dermique ([2]). Cet appareil, qui rappelle



([1]) Le nitrate de vératrine est encore plus soluble (*Bulletin de Thérapeutique* LIX, p. 27).

([2]) Notre collaborateur nous a adressé un dessin, mais la description qu'il donne de son instrument est si claire que nous avons cru devoir nous dispenser

par sa forme un jouet d'enfant bien connu, servant en fin de compte à pousser une *injection sèche*, peut être qualifié du nom de *seringue sèche*. Il m'est aujourd'hui bien démontré qu'il est impossible de s'en passer pour faire arriver aisément mes cylindres médicamenteux à leur destination.

J'ai fait plus haut pressentir que j'exposerais les caractères des névralgies et des rhumatismes chroniques qui impliquent l'emploi topique des sels de morphine ou d'atropine. Ce point de pratique me paraît trop important pour le passer sous silence. Voici ce que l'expérience m'a appris :

Ce qui n'est pas rare, dans les névralgies de la tête surtout, c'est une sensation de froid plus pénible que la douleur elle-même. Les malades, ce sont presque toujours des femmes, accusent comme une couche de glace qui recouvrirait leur tête. Dans de telles circonstances nous en venons d'emblée à l'inoculation de la vératrine ou à l'introduction d'un cylindre de nitrate de cette base sous le derme; car rien n'annihile plus rapidement cette perversion de la sensibilité. Dans des rhumatismes chroniques, où ce sentiment de réfrigération s'offrait comme symptôme prédominant, la même substance, appliquée autour de la jointure malade ou au niveau du muscle souffrant, a donné les mêmes preuves d'efficacité. La vératrine ne semble-t-elle pas imiter ici les orties flagellant la peau?

Cette propriété de la vératrine, de développer de la chaleur dans les tissus de notre économie dont les actions nerveuses perverties laissent prédominer la perception du froid, paraîtra moins extraordinaire, si l'on fait attention à l'expérience suivante, qu'il est si facile de vérifier : aussitôt que la pointe de la lancette, chargée de vératrine réduite en pâte consistante à l'aide d'une gouttelette d'eau, a fait sous l'épiderme une seule piqûre, le sujet sur lequel on agit ressent à l'intérieur de cette petite plaie une vive douleur, dont on ne peut mieux se rendre compte qu'en la comparant aux élancements qui résulteraient de l'enfoncement sans cesse réitéré de la pointe d'une aiguille au milieu des tissus de la peau. Quand cette douleur, au lieu de pétiller, c'est le mot, dans une piqûre ainsi isolée, étincelle simultanément, sous forme de mille aigrettes de feu, dans vingt ou trente inoculations pratiquées les unes à côté des autres,

---

de le faire graver. Nous reproduisons la figure du petit trocart de la seringue Pravaz, qui est entre les mains d'un grand nombre de médecins; ceux qui la possèdent pourront utiliser cette partie de l'instrument pour mettre en pratique les inoculations de M. Lafargue. (*Note du Rédacteur.*)

l'anxiété est grande chez le patient et les plaintes fréquentes. Cette sensation douloureuse, qui est à son apogée au moment de l'inoculation, se soutient très-vive pendant dix minutes, diminue ensuite graduellement pour disparaître au bout d'une heure. Je devais bénéficier de ce phénomène remarquable de l'action topique de la vératrine dans le traitement des paralysies. J'ai eu en effet maintes fois à m'en louer dans les paralysies circonscrites du mouvement, celles de la face, par exemple ; dans les paralysies du sentiment, surtout chez les femmes hystériques.

J'ai donné la formule des cylindres de vératrine et de strychnine. J'ai cru devoir signaler l'action si remarquable et si peu connue de la première, quand on l'introduit sous le derme ; je ne dirai rien de la seconde, sur laquelle tant d'utiles et lumineux travaux ont été publiés dans ce journal au point de vue qui nous préoccupe.

L'enveloppe cutanée sert de voie à deux puissantes médications : 1° les méthodes *révulsive* et *dérivative*, qui ont pour but défini l'exhalation et la sécrétion ; 2° les méthodes *iatraleptique*, endermique et *sous-dermique*, qui ont pour but défini l'absorption et l'inhalation.

La première classe, vieille comme la science, n'est pas de notre sujet. La seconde classe, quoique connue des anciens en ce qui regarde le premier genre, par les pommades, les épithèmes, les liniments, les cosmétiques, les bains, les étuves qu'ils savaient manier plus habilement peut-être que nous, a surtout été étudiée et formulée par Chrestien sous le nom de *iatraleptie*, ou de médecine *cispnoïque*, comme l'appelait déjà Brera. En 1823, MM. Lembert et Lesieur nous firent connaître l'importante découverte de la méthode *endermique*, méthode efficace et riche en succès, mais qui a le grave inconvénient d'exiger l'application préalable d'un vésicatoire, topique qu'il faut souvent renouveler, qui laisse parfois des stigmates et qui entraîne le sacrifice des cheveux, si la douleur qu'on veut combattre siége sur les parois du crâne. Ces inconvénients me firent songer en 1836 à l'inoculation des médicaments, qui joint à la fidélité d'absorption le précieux avantage de ne contaminer le derme que d'une façon insignifiante. Au début, la pointe de la lancette me parut simplement suffisante, mais bientôt je profitai des plaies de mon scarificateur (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIII, p. 187) pour y déposer les agents médicamenteux ; puis, comme on l'a vu plus haut, je signalai les longues aiguilles cannelées pour porter profondément ces mêmes agents dans les tissus affectés et siége des névralgies et des rhumatismes chroniques. La seringue Pravaz per-

mit de remplir cette dernière indication avec plus de précision ; mais j'ai démontré, de concert avec plusieurs expérimentateurs, ses inconvénients et ses imperfections au point de vue qui nous préoccupe. J'ai trouvé plus simple et tout aussi avantageux de lui substituer les cylindres médicamenteux que j'injecte avec ma *seringue sèche*. Comme méthode générale et d'utilité journalière, la simple inoculation, à l'aide de la lancette ordinaire, est encore la meilleure, parce qu'elle est la plus facile et la plus expéditive. Pour que sa fortune fût complète, il lui a manqué le patronage d'un grand nom. Des esprits pratiques et laborieux l'ont cependant prônée, parce qu'elle les avait convaincus par ses succès. J'ai cité Martin Solon et Valleix. Le savant rédacteur de ce recueil s'étonne (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLII, p. 475) qu'une pratique aussi simple et aussi utile ne soit pas davantage généralisée ; il remercie M. le docteur Hayem d'avoir pris pour sujet de thèse l'inoculation des sels de morphine (Thèses de Paris, 1852).

Un savant et sagace praticien, la gloire chirurgicale de Bordeaux, M. Cazenave, m'a adressé, en 1847, une notice sur le succès qu'il avait obtenu avec mes inoculations dans le traitement d'une affection aussi douloureuse que rebelle, une névralgie scrotale double. Voici cette communication textuelle qui, émanant de si haut, intéressera, j'en suis sûr, les lecteurs, et ramènera les esprits vers la méthode des inoculations :

« Mon cher et très-honoré Confrère,

« Grâce à vos enseignements, je viens d'obtenir un beau succès dans une névralgie scrotale double, qui a résisté à tous les moyens conseillés par les médecins des environs de la Réole, et par quelques confrères de Bordeaux. Un monsieur de cinquante-trois ans, habitant les environs de la Réole, très-nerveux, très-impressionnable, et ayant éprouvé des malheurs domestiques de toute sorte, ressentit pour la première fois, en avril 1846, un sentiment d'ardeur dans le trajet du cordon inguinal droit. Ce sentiment d'ardeur sembla d'abord être périodique, quotidien, et ne devint plus intense qu'après une période de quatre mois. A cette époque, et malgré l'emploi de quelques moyens, il éprouva des douleurs très-vives, très-aiguës, mais de peu de durée d'abord, dans tout le trajet du même cordon inguinal droit. Petit à petit, ces douleurs se rapprochèrent, devinrent intolérables, presque incessantes, et ne cédèrent un peu qu'à l'influence d'applications réfrigérantes permanentes. A quelque temps de là, de véritables douleurs névralgiques, des éclairs de douleurs

envahirent tout le scrotum, et rendirent l'existence du malade insupportable. Les médecins dont je vous parlais plus haut ont tout essayé sans succès aucun, sans même soulager un peu le pauvre malade! De guerre lasse, M*** s'adressa à des charlatans qui exploitèrent sa crédulité. Il me fut enfin adressé. Je songeai dès l'abord au moyen que vous avez proposé et dont vous vous êtes si bien trouvé dans quelques névralgies, je veux parler de vos applications de pâte de morphine, à l'aide de la lancette. Hé bien! mon cher confrère, ce moyen, répété un grand nombre de fois chez le malade en question, a parfaitement réussi. A peine reste-t-il quelques souvenirs de cette névralgie!

« Je m'estime heureux, mais très-heureux, mon cher confrère, d'avoir trouvé l'occasion de faire l'heureuse application d'une méthode thérapeutique aussi ingénieuse que celle que vous avez imaginée.

« Recevez, etc. CAZENAVE. »

M. le docteur Hayem, dans sa thèse sur l'*Inoculation des sels de morphine*, rapporte un fait des plus intéressants. C'est celui que lui a communiqué M. le professeur Malgaigne, qui a guéri presque instantanément une urétrite sèche s'accompagnant de douleurs vives dans le canal, par une soixantaine de piqûres pratiquées sur le siége de la douleur (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLII, p. 475).

Pour ce qui est des *tumeurs érectiles* ou *nævi* chez les enfants qu'on ne peut plus traiter avec l'inoculation du virus vaccin, parce que les enfants ont été déjà vaccinés, quoi de plus simple que de remplacer cette méthode, si curieuse et si sûre, par l'inoculation de l'huile de croton tiglium à l'aide de la lancette ordinaire? J'ai signalé des succès qui me sont personnels; mais un chirurgien anglais, M. Ure, en préconisant ma méthode, s'exprime ainsi : « Deux inoculations, à une semaine d'intervalle l'une de l'autre, ont suffi pour faire prompte justice d'un nævus de la grosseur d'une petite pièce de monnaie, situé à l'angle palpébral interne de l'œil droit, chez une petite fille de trois mois et demi. La ponction a été faite chaque fois, à plusieurs reprises, dans la tumeur, avec une aiguille à cataracte trempée dans l'huile de croton tiglium. A peine reste-t-il actuellement un point noir près de l'angle de la paupière » (Gazette des hôpitaux, 1845, p. 439). M. le docteur Dubreuil, dans sa thèse si complète sur les *tumeurs érectiles*, résume ainsi mon procédé (*Thèses de Paris*, 1855) : « Ce moyen consiste à pratiquer sur la surface et tout à l'entour de la tumeur cinq à six piqûres avec une

lancette dont la pointe a été trempée dans une goutte d'huile de croton tiglium; chacune de ces piqûres donne sur-le-champ une grosse pustule. Il serait dangereux de pratiquer plus de six inoculations. On pourrait également inoculer avec le tartre stibié. »

A l'époque où je publiai mon mémoire, l'atropine et ses sels étaient plutôt connus des chimistes que des médecins; cette substance n'était pas encore du domaine de la pratique; elle était rare, chère; son activité la rendait en outre redoutable. Aujourd'hui, la lumière s'est faite; les expérimentateurs ont réglé et défini ses effets et ses doses; on la manie sans crainte; aussi est-elle à chaque instant utilisée. Les doses exiguës que commande sa puissance d'action accroissent d'autant la facilité qu'il y a à s'en servir en inoculations avec la lancette, puisque quelques piqûres suffisent à insérer chacune d'elles sous le derme. Afin de faciliter la manipulation pharmaceutique et chirurgicale des doses, voici la formule que j'ai depuis longtemps adoptée :

Pr.	Sulfate d'atropine..................	5 centigrammes.
	Poudre de belladone..............	5 centigrammes.

Mêlez très-intimement, et divisez la poudre obtenue en vingt-cinq paquets bien égaux. Chaque paquet contient 2 milligrammes du principe actif. La poudre de belladone n'intervient ici que pour accroître le volume et faciliter l'extension.

Dans un cas grave, urgent, quand il est indiqué d'administrer le sulfate d'atropine, ou les sels de morphine et de strychnine, si l'on ne possède ni la seringue Pravaz, ni mes cylindres médicamenteux, on ne devra pas se décourager. Il nous reste une arme très-puissante, la lancette; avec elle on peut inoculer l'une de ces substances selon l'occasion, et compter sur le succès de l'entreprise, si l'affection morbide n'est pas au-dessus des ressources thérapeutiques, comme il se rencontre trop souvent pour le tétanos traumatique en particulier. Les opérations les plus simples sont très-souvent mal comprises ou méconnues; la vérité aime à être ressassée, elle est comme un coin qu'il faut enfoncer par le gros bout. Aussi vais-je terminer, en exposant brièvement la manœuvre chirurgicale du procédé de l'inoculation :

Quelle que soit la substance qui devra être inoculée, on prend la dose de poudre désignée pour chacune de ces substances, on la dépose dans une assiette ou dans une soucoupe, et mieux dans un verre de montre; on fait tomber sur cette poudre une goutte d'eau ordinaire; on délaye, en l'agitant avec la pointe de la lancette, jus-

qu'à ce que la pâte ait obtenu la consistance de pommade. On trempe l'extrémité de la lancette dans la pâte médicamenteuse, on enfonce presque horizontalement sous l'épiderme, à 3 millimètres environ de profondeur, la pointe de l'instrument, c'est-à-dire en s'y prenant comme pour l'inoculation de la vaccine. Avant de retirer la pointe de la lame de dessous l'épiderme, une condition de succès est de retourner son extrémité dans la petite plaie, afin qu'elle y laisse tout le médicament dont elle est chargée. On pratique ainsi cinq, dix, quinze, vingt, etc., piqûres, selon le besoin, les unes à côté des autres sur le point douloureux ou sur le trajet du nerf, siége de la névralgie ou de la paralysie, en ayant soin de charger de nouveau la pointe de l'instrument d'une autre parcelle de médicament à chaque nouvelle incision du derme, jusqu'à ce qu'on ait épuisé la dose préalablement déterminée. Quoique la lancette à grain d'orge rende de bons services, on doit néanmoins lui préférer ici celle dite à grain d'avoine, et mieux encore la lancette des vaccinateurs.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelles formules de collyres gras.

Nous avons déjà rappelé l'attention de nos lecteurs sur les bons effets des pommades employées comme collyres. On comprend, en effet, que dans certaines affections oculo-palpébrales chroniques, l'impression médicamenteuse exercée par des solutions aqueuses soit d'une trop courte durée pour être efficace. Les substances actives étant incorporées à des corps gras ne se laissent pas aussi facilement entraîner par les larmes, et, par un séjour plus prolongé sur les tissus malades, elles réveillent une action plus profonde et des effets plus durables. Du reste, cette pratique, nous l'avons dit, n'est rien moins que nouvelle, puisque les chirurgiens de l'antiquité se servaient surtout de pommades pour combattre les maladies des yeux. On lit, en effet, dans *Paul d'Egine* (livre VII, chap. XVI) : « En cas d'inflammation grave, il faut administrer les collyres sous forme d'injection ; de cette façon on évite l'emploi de la spatule, qui irrite l'organe malade par son contact ; dans les autres circonstances, on se sert des collyres sous forme d'onction ; mais il faut que le bouton de la spatule ne touche pas à l'œil ; on appliquera, au contraire, le médicament en enduisant la paupière inférieure. Les méthodes dont on se sert pour appliquer les collyres sous forme

d'onction, en passant la sonde derrière la paupière, ou en renversant la paupière, ont quelque chose qui sent l'ostentation ; mais elles sont indignes d'un médecin. En effet, la première nuit à l'œil, attendu qu'il est râclé par la spatule, laquelle est un corps résistant, et la seconde produit des callosités aux paupières. »

Un article publié dans les Archives belges de médecine militaire, par le docteur Decondé, vient nous apprendre que cette application oculaire des pommades est aussi employée en Belgique. Voici le passage de la note de notre confrère qui a trait à cette pratique.

« Il est évident que, les mots « inflammation chronique » entraînant l'idée d'un groupe de phénomènes complétement différents, presque opposés à ceux qui constituent l'inflammation aiguë, un traitement entièrement différent doit être appliqué à l'un et à l'autre état. Ainsi, dans les cas chroniques, le mot *inflammation* doit cesser d'entraîner l'idée de l'usage des antiphlogistiques, des déplétifs, des émollients, des adoucissants, etc., etc.

« D'autre part, les agents substitutifs énergiques, seuls efficaces dans certaines ophthalmies aiguës, ne peuvent plus être employés dans les cas chroniques : ils doivent être remplacés par des excitants modérés, des toniques, des astringents. Par exemple, les pommades au précipité rouge, que nous employons si fortes, si énergiques (4 grammes par 30 de corps gras) dans des ophthalmies aiguës, doivent être remplacées par des pommades dont l'action est modérée (5 à 10 centigrammes pour 4 grammes). Elles cessent alors d'être irritantes, substitutives, et se bornent à activer la circulation, à réveiller la tonicité des vaisseaux et des tissus, et à hâter la résolution du mal.

« Pour obtenir un résultat complet, il faut que l'action des agents soit soutenue, et leur application devra, selon les cas, être répétée une, deux ou trois fois par jour. Plus le corps gras qu'on emploie sera fluide et pénétrera avec facilité dans l'œil, plus l'action sera générale et complète. De là l'indication de mélanger l'axonge à partie égale d'une huile qui différera selon les cas ; l'huile de lin doit toujours être préférée aux huiles d'olive ou d'amandes douces.

« Pour que l'intromission du corps gras produise tous ses effets, il faut encore une condition : c'est qu'après son dépôt sur l'œil ou entre les paupières, une friction soit faite sur le pourtour de l'œil, afin que le collyre pénètre partout et soit mis en contact avec toute la surface malade [1].

---

[1] Nous faisons cette friction de la manière suivante, qui nous a été ensei-

« Les corps gras doivent toujours être préférés comme collyres aux solutions aqueuses ; l'action en est plus durable ; ils sont moins rapidement entraînés par les larmes, et bien longtemps après leur introduction dans l'œil, on voit encore suinter d'entre les paupières une matière blanche laiteuse, résultant de la dissolution des particules de pommade dans les larmes.

« Les collyres aqueux produisent généralement peu d'effet et fatiguent l'œil ; je les ai presque entièrement abandonnés.

« Il faut dans tous les cas provoquer le plus possible l'exercice en plein air ; il active le mouvement des paupières et de l'œil ; de là le bien-être qu'accusent les ophthalmiques, en général, après une course au grand air.

« Il en résulte un autre effet favorable, capital même. En général toute ophthalmie chronique qui n'est pas entretenue par une cause physique ou mécanique, l'est par un état de cachexie du patient. Le grand air, le mouvement soutenu, sans fatigue, combattent cet état constitutionnel et finissent par en triompher. Les anciens, Celse surtout, conseillaient l'exercice au grand air dans les maladies chroniques.

« Nous avons reconnu que la promenade faite de grand matin est celle qui produit l'action la plus bienfaisante. N'est-ce pas aussi en excitant tout l'organisme, en stimulant l'œil, que l'huile de foie de morue employée à l'intérieur et à l'extérieur agit avec tant de rapidité dans les ophthalmies lymphatiques et scrofuleuses ? n'est-ce pas ainsi qu'agit l'iodure de potassium, dont M. le professeur Melsens nous a assuré avoir constaté la présence dans l'œil, peu d'instants après son introduction dans l'économie ?

« En nous conduisant d'après les données qui précèdent, nous obtenons dans les cas de taie de la cornée des effets très-remarquables ; c'est ainsi que nous sommes parvenu à effacer complétement des albugos considérables.

« Nous n'employons les stimulants spéciaux que sous forme de corps gras, et nous avons toujours recours à la friction, qui les étend sur toute la surface de l'œil et de l'intérieur des paupières, tout en ayant en outre une action directe sur la surface leucomateuse, dont elle refoule et disperse la matière épanchée.

---

gnée par feu notre estimable collègue, le médecin de régiment Loiseau : lorsque la pommade est introduite dans l'œil, nous rapprochons rapidement les paupières, et au moyen du pouce et par un mouvement circulaire vif, rapide, sur le globe de l'œil et son pourtour, nous étendons la pommade qui pénètre ainsi jusque dans le fond du repli de la conjonctive.

« Les agents dont nous nous servons de préférence, après en avoir comparé l'action avec tous ceux qui ont été préconisés dans ces cas, sont :

« 1° L'iodure de potassium que je prescris sous la forme suivante :

Pr.	Iodure de potassium................	30 centigrammes.
	Axonge de porc....................	4 grammes.
	Huile de foie de morue.............	4 grammes.

Mêlez : gros comme un pois dans l'œil, soir et matin; le soir immédiatement avant de se coucher, le matin après s'être lavé les yeux.

« 2° L'huile de foie de morue avec un neuvième de laudanum liquide de Sydenham ou avec quelques centigrammes d'iodure de potassium, à instiller dans l'œil, soir et matin, à la dose de 6 à 7 gouttes, le patient étant couché. Le séjour du liquide dans l'œil doit être prolongé pendant quelques minutes, cinq à quinze, et suivi d'une friction des paupières sur l'œil.

Electuaire composé de gaïac contre le rhumatisme chronique.

Malgré les témoignages de Mead, Pringle, Solander, Barthez, Fowler, à l'appui des bons effets du gaïac dans les cas de rhumatisme chronique et de goutte, surtout chez les individus à fibres molles, l'usage de ce médicament s'est peu vulgarisé. Nous ne voulons pas rechercher les causes diverses du discrédit de cet agent thérapeutique, nous en signalerons toutefois les deux principales : le mauvais mode de préparation des décoctions et l'emploi de doses trop faibles. En France, on fait surtout usage de la tisane; or, on néglige toujours de faire tremper le gaïac, pendant douze ou quinze heures, avant de préparer la décoction ; la densité du bois en fait une règle. On oublie encore l'enseignement fourni par le docteur Allié qui, dans un mémoire lu en 1830 à l'Académie de médecine, a fait voir que, pour obtenir tous les bons effets de ce médicament dans le rhumatisme, il fallait le prescrire à dose très-forte (8 onces pour deux pintes d'eau, qu'on fait réduire au tiers).

En Espagne, d'après M. le docteur A. Fernandez, on a recours à d'autres préparations et spécialement à un électuaire composé de la manière suivante :

Pr.	Résine de gaïac..............	15 grammes.
	Rhubarbe en poudre..........	10 grammes.
	Crème de tartre...............	25 grammes.

Fleurs de soufre.............	50 grammes.
Noix muscade................	N° 1.
Miel blanc...................	350 grammes.

La dose est de deux cuillerées à bouche matin et soir.

Effets des huiles des euphorbiacées. Danger qu'il y a à administrer les semences plutôt que l'huile.

Les huiles des euphorbiacées sont, comme on le sait, des purgatifs que l'on range dans la classe des éméto-cathartiques qui agissent sur toute l'étendue du tube intestinal, et déterminent des évacuations par les selles, souvent accompagnées de vomissements : si leur action est analogue pour toutes, elles montrent une grande différence dans leur énergie. Mais cette énergie est infiniment plus marquée quand, au lieu de prendre l'huile, on examine les graines qui la fournissent : c'est ainsi que l'huile d'épurge (*euphorbia lathyris*) est un purgatif très-doux, si peu actif qu'il est presque complétement abandonné aujourd'hui, tandis que quelques graines suffisent pour faire vomir et purger violemment.

C'est ce qu'ont éprouvé dans le courant de l'année trois ouvrières de la manufacture des tabacs de Toulouse, qui, ayant voulu se purger après déjeuner, prirent l'une 18 semences, et les deux autres 20 et 25. Bientôt elles éprouvèrent des accidents de superpurgation, des vomissements fréquents, avec pâleur et refroidissement du corps : on eût presque cru à un choléra sporadique; mais un traitement approprié arrêta rapidement les accidents, et le soir même les trois malades étaient remises des suites de leur imprudence.

Ce fait révèle le danger qu'il y aurait à administrer dans la pratique, sans de certaines précautions, les semences des euphorbiacées plutôt que l'huile.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Obstruction complète de la pupille naturelle par adhérence de l'iris à la cicatrice cornéenne résultant d'une opération de cataracte par extraction.—Rétablissement de la pupille naturelle et de la vue par la simple destruction des adhérences.

Le hasard vient de mettre sous mes yeux l'intéressante revue clinique que M. le professeur Alquié a publiée, dans ce journal (*Bulletin de Thérapeutique,* tome LVIII, p. 451). Parmi les faits qui m'ont le plus intéressé se trouve une observation de cataracte opé-

rée par abaissement et guérie sans inflammation, grâce à l'emploi topique de la décoction d'arnica. En mettant en relief l'action remarquable de cette plante dans ce cas, M. Alquié ajoute : « Nous ne saurions signaler la source de cette remarque thérapeutique ; du moins nous pouvons joindre notre témoignage en faveur de l'efficacité de ce moyen. » Permettez-moi donc, en venant rappeler à vos lecteurs que je suis l'auteur de ce nouveau mode de traitement, d'enregistrer le témoignage du professeur de Montpellier à l'appui des bons effets de l'emploi de l'arnica, comme moyen de prévenir toute phlogose oculaire, à la suite des opérations de cataracte, que le premier j'ai mis en lumière. En attendant que je vous adresse un nouveau mémoire plus étendu et plus riche de faits, je viens vous prier de publier l'observation suivante, dans laquelle l'usage de l'arnica a rendu des services signalés à mon malade.

Obs. Appelé le 14 novembre dernier, à Marseille, pour opérer dans la banlieue de cette ville trois personnes de la cataracte, chez l'un de mes opérés du hameau des Accattes, j'eus la visite du nommé Vincent Pellegrin, d'Eoures, âgé de soixante-douze ans, qui avait subi naguère, à l'Hôtel-Dieu, une double opération de cataracte par extraction, sans résultat aucun pour l'amélioration de sa vue. Je constatai aux deux yeux une oblitération complète des pupilles avec adhérences à la cornée et perte entière de la vision. Je ne parlerai ici que de l'œil gauche, le moins gravement endommagé, et qui m'a présenté de meilleures conditions pour le succès d'une opération aussi délicate et aussi chanceuse que celle d'une pupille artificielle. Dans le segment inférieur de la cornée, jouissant de sa diaphanéité dans ses trois quarts supérieurs, l'on aperçoit une cicatrice linéaire transversale résultant de l'incision pratiquée par le chirurgien, et à laquelle se trouve soudé le bord pupillaire atrésié, au point que les fibres supérieures de l'iris sont fortement distendues par le surcroît du trajet à parcourir ; malgré ce tiraillement, elles n'en conservent pas moins leur couleur normale et leur aspect velouté ordinaire. Le malade distingue le jour de l'obscurité ; et, en joignant à ce signe l'heureux résultat de l'interrogation des phosphènes, j'acquiers la conviction que la rétine conserve toute sa sensibilité, et que l'on doit par conséquent écarter tout soupçon de complication amaurotique dans ce cas de cécité. L'opportunité d'une opération de pupille artificielle ainsi établie, il me restait à faire un choix parmi les mille et un procédés opératoires, qui ont été imaginés depuis Cheselden pour réaliser cette merveilleuse conception chirurgicale ; je donnai la préférence à la méthode du *déchi-*

rement ou iridorhexis, du docteur Desmarres, comme offrant le plus de chances de réussite dans le cas actuel.

Après les préparatifs d'usage, le malade est couché en face d'une fenêtre; je confie à mon confrère, M. Ollivier, le soin d'immobiliser autant que possible le globe oculaire avec les ophthalmostats du docteur Tavignot, et à M. le digne curé d'Eoures, présent à l'opération, celui de comprimer les mouvements involontaires des membres. Armé du couteau lancéolaire, je pratique une incision dans le segment inférieur de la cornée transparente, au-dessous de la cicatrice kératique. Immédiatement après, j'introduis doucement dans la chambre antérieure la pince courbe, la concavité tournée en avant, avec l'intention de saisir un pli de l'iris entre ses branches, puis de le déchirer et de l'entraîner au dehors de la plaie cornéenne, pour en opérer l'excision avec les ciseaux courbes. Tout en pratiquant cette manœuvre, la pointe de la pince fermée vient heurter par un heureux hasard contre le tissu inodulaire de la cicatrice kératique, déchire l'adhérence de l'iris à la cornée, et, à mon agréable surprise, je vois se développer spontanément l'orifice primitif de la pupille normale, de la forme d'un carré irrégulier, mesurant un millimètre et demi dans ses diamètres transversal et vertical. L'opéré déclare instantanément saisir une plus grande somme de lumière, mais il ne peut distinguer aucun objet. Je reconnais aujourd'hui que j'aurais dû borner là tout le manuel opératoire. Mais craignant que ce défaut de clairvoyance ne soit occasionné par quelque fragment de réseau pseudo-membraneux, ou par quelque teinte nuageuse du feuillet capsulaire postérieur vis-à-vis de cette ouverture, bien que suffisante au passage des rayons lumineux, je poursuis les autres temps de l'iridorhexis; et, déchirant avec la pince un lambeau triangulaire de l'iris, je l'enclave dans la plaie de la cornée, de manière à obtenir une large pupille de même forme anguleuse. Soudain l'opéré est ébloui par un trait éclatant de lumière, qui s'évanouit par suite d'un épanchement de sang dans la chambre antérieure. Tout mon espoir repose sur la puissance absorbante de l'œil qui ne m'a jamais fait défaut.

Conformément à ma nouvelle méthode de prévenir les accidents inflammatoires consécutifs à l'opération de la cataracte [1], je prescris, sur l'œil, des applications d'eau froide additionnée de quel-

---

[1] Voyez mon quatrième mémoire pratique sur la cataracte, concernant l'emploi de l'arnica et de l'aconit, dans la Revue thérapeutique du Midi, 1er et 15 mars 1856.

ques gouttes d'alcoolature d'arnica, et en même temps l'administration, à l'intérieur, d'une cuillerée à bouche de ma solution aqueuse d'arnica, à alterner toutes les demi-heures avec la même quantité de celle d'alcoolature d'aconit.

Le 20 novembre, quatrième jour de l'opération, a lieu ma première visite. M. Ollivier, qui a vu assidûment l'opéré deux fois par jour, me déclare que, grâce au même mode de traitement, qui a été si efficace chez nos opérés de cataracte, il y a eu jusqu'à ce jour chez Pellegrin absence complète de douleur et de réaction inflammatoire. Mais, à mon grand regret, je m'aperçois que le lambeau triangulaire de l'iris s'est échappé des lèvres de la plaie où je l'avais enclavé, faute de pouvoir l'entraîner au dehors, et que la pupille actuelle se réduit uniquement à l'orifice quadrilatère, obtenu par la destruction des adhérences irido-kératiques. L'organe est devenu un peu plus impressionnable à la lumière, par suite d'un commencement de résorption du sang épanché. En outre des autres remèdes, je prescris une instillation trois fois par jour d'une goutte de collyre au sulfate d'atropine, pour maintenir la pupille dilatée et prévenir ainsi le danger d'une récidive, d'autant plus imminente que l'on connaît la tendance des tissus inodulaires divisés à se réunir et à reprendre leur position primitive.

Voulez-vous connaître enfin le résultat définitif de cette opération, qui a surgi d'emblée entre nos mains par le choc fortuit de mon instrument contre l'adhérence de la pupille à la cornée ? Je laisse le soin de la réponse à mon excellent confrère, M. Ollivier, aux soins intelligents et dévoués duquel j'avais confié, lors de mon départ, cet opéré comme les autres du hameau des Accattes. Voici le passage de sa lettre concernant Pellegrin, en date du 8 janvier 1861 : « Les détails que je vais vous donner sur vos deux opérés de la cataracte, Mme Véro, M. Mazet des Accattes, et sur votre opéré de la pupille artificielle, Vincent Pellegrin, du hameau d'Eoures, vous feront le plus sensible plaisir. Celui-ci est au comble de la joie ; il y voit très-bien et distingue nettement les traits de la physionomie des diverses personnes qui viennent lui rendre visite. Sa pupille s'est maintenue dans sa forme carrée où vous l'avez laissée ; il bénit la main qui lui a donné la vue. »

Cette nouvelle méthode opératoire de corémorphose par la destruction des adhérences kérato-iridiennes, et dont le manuel est trop simple pour réclamer une description, devrait être désignée plutôt sous le nom de *restauration de la pupille normale* que sous celui de pupille artificielle ; elle sera applicable dans tous les cas où,

à la suite d'une opération de cataracte par extraction ou de toute autre lésion traumatique de l'œil, il sera survenu une soudure de l'orifice pupillaire atrésié à une cicatrice linéaire d'un des divers segments de la cornée. En effet, supposons la cicatrice et l'adhérence dans le segment inférieur de la cornée, comme dans le cas en question; par le seul fait de la cessation de cette adhérence, on rétablira la pupille primitive vis-à-vis du centre de la cornée, ramenée qu'elle y sera par la contraction spontanée des fibres supérieures de l'iris devenues libres. Existe-t-il, je le demande, un procédé opératoire plus voisin de la perfection que celui qui a l'avantage de réintégrer le champ visuel dans son siége normal, en face du centre de la cornée transparente? Inutile de faire observer que notre méthode cesserait de trouver son application, s'il s'agissait d'une adhérence de l'iris au centre de la cornée et compliquée d'une énorme tache leucomateuse qui masquerait la nouvelle pupille. Ce serait alors le cas d'avoir recours ou à l'*excision*, *iridectomie* de Wenzel, ou au *décollement*, iridodialyse de Scarpa, ou au *déchirement*, iridorhexis du docteur Desmarres.

Comme l'inflammation adhésive ou plastique de l'iris est un des accidents consécutifs les plus redoutables et qui compromettent le plus ordinairement le succès de l'opération de la pupille artificielle, même alors qu'elle est pratiquée avec la plus habile dextérité, je me permettrai, en finissant, d'insister sur les irrigations d'eau froide arniquée (20 à 30 gouttes d'alcoolature d'arnica pour un verre d'eau), sur l'emploi alternatif de la solution aqueuse d'arnica et de celle d'aconit (10 gouttes d'alcoolature par verre d'eau sucrée), comme sur l'un des moyens les plus puissants pour conjurer l'explosion de l'élément phlogistique.

Le succès actuel obtenu, avec immunité de souffrance et de toute phlegmasie, est là pour confirmer, avec bien d'autres semblables, la supériorité de notre nouveau mode de traitement préventif.

A. Cade, D.-M.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation d'hémiplégie de nature syphilitique apparaissant après vingt ans d'infection, et dont le diagnostic est posé seulement après quatre années, à partir du début des accidents cérébraux. — Depuis que l'Académie de médecine de Paris a proposé pour sujet de l'un de ses prix l'étude des affections

nerveuses causées par la syphilis, les faits se multiplient. L'observation suivante, que M. le docteur Burdel vient d'adresser à l'Académie de médecine de Belgique, nous paraît digne d'être mise sous les yeux de nos lecteurs. Voici la note entière de notre confrère de Vierzon :

M. X***, âgé de quarante ans, doué d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique nerveux, n'avait jamais, jusqu'à l'âge de trente-neuf ans, senti sa santé altérée. Entré à trente-deux ans dans la magistrature, M. X*** poursuivait honorablement cette carrière, quand, à l'âge de trente-deux ans, il se maria. Quatorze mois après son mariage, il eut un premier enfant parfaitement constitué, on peut même dire remarquablement fort. Quelques mois après la naissance de son enfant, on vit apparaître chez M. X*** les symptômes suivants : d'abord un tremblement musculaire dans les avant-bras et surtout dans les mains, plus marqué à gauche qu'à droite, des palpitations, quelques étourdissements très-légers, sans douleurs céphaliques violentes, mais un peu de sensibilité vers la région occipitale. Les facultés intellectuelles restaient intactes, et le traitement institué alors pour combattre ces accidents se composa d'antispasmodiques, de bains tièdes avec affusions fraîches, et enfin d'une saison passée aux bains de mer.

Ce traitement, sans être entièrement inefficace, ne diminua cependant que très-légèrement les accidents ; le reste de la santé semblait bon, l'appétit, le sommeil persistaient, mais le tremblement musculaire se montrait toujours le même, et de temps en temps la céphalalgie reparaissait à des intervalles irréguliers.

Vers cette époque, dans un voyage qu'il fit à Paris, M. X*** fut pris subitement, pendant qu'il s'habillait, d'un étourdissement avec perte de connaissance et hémiplégie à gauche. Un médecin, appelé par le maître d'hôtel, fit poser des sinapismes, prescrivit une potion antispasmodique, et le lendemain tous les accidents ayant disparu, M. X***, sur l'avis du médecin, quitta Paris et revint chez lui.

Pendant cinq mois environ, aucun accident nouveau ne survint; la santé de M. X*** resta la même, si ce n'est qu'à la suite d'un léger étourdissement accompagné de céphalalgie, s'étant fait poser à l'anus quatre sangsues, qui saignèrent modérément, il resta plusieurs semaines plongé dans une débilité profonde.

Enfin, dans une réunion assez nombreuse, M. X***, ayant eu un nouvel étourdissement, il tomba, et sa tête, portée en avant, alla frapper contre un meuble. Il en fut quitte heureusement pour une contusion avec ecchymose au visage; il n'y eut point de paralysie comme la première fois, seulement la faiblesse et le tremblement musculaire furent plus prononcés.

Cette faiblesse donnait à M. X*** cette attitude particulière aux individus qui ont été atteints d'hémiplégie et dont la guérison est incomplète; il marchait en écartant les jambes et en fauchant légèrement; il ne pouvait se tenir debout immobile sans trépigner, en éloignant les jambes l'une de l'autre pour chercher un aplomb.

L'intelligence, qui s'était maintenue intacte et comme en dehors des accidents qui avaient frappé la vie de relation, commença à donner des signes évidents d'affaiblissement. La mémoire fit souvent défaut, et dans la conversation, M. X*** s'appesantissait surtout sur des puérilités, les répétant sans cesse; la naïveté dominait son langage et captivait son attention.

Plusieurs fois dans ses promenades, en parcourant des chemins qui lui étaient familiers, il arrêtait les passants pour leur demander s'il était dans la bonne direction.

Cet état durait depuis quelque temps, lorsque je fus appelé à donner mes conseils à M. X***. Ne voyant dans cette affection qu'une sorte de névropathie, dont les symptômes semblaient déceler un commencement de ramollissement cérébral, je crus devoir conseiller de soumettre le malade à un traitement hydrothérapique.

Ce fut dans l'établissement que dirigeait M. le docteur Wertheim, au château d'Issy, que fut conduit M. X***. L'affaiblissement des facultés intellectuelles était alors si marqué, que M. Wertheim hésita à recevoir le malade, pensant que l'on se trompait, et que c'était vers une maison de santé destinée aux affections cérébrales qu'on devait le conduire.

Cependant, le traitement hydrothérapique fut commencé et suivi pendant six semaines; on y ajoutait des exercices gymnastiques, sans qu'il y eût ni amélioration notable ni aggravation; mais un jour, M. X*** fut trouvé, étendu, immobile, dans une des allées du parc. Il avait voulu, a-t-il dit plus tard, faire de la gymnastique, en se suspendant par les mains aux branches d'un arbre, et les forces lui ayant manqué, il était tombé.

M. X*** resta, non pas sans connaissance, mais immobile et le visage hébété, pendant plusieurs heures. Appelés en consultation par M. Wertheim, MM. Voisin et Falret furent d'accord pour dire que l'hémiplégie dont était atteint M. X*** provenait sans doute d'un foyer hémorrhagique peu étendu et peut-être déjà d'un ramollissement cérébral. Le malade fut transporté à Vauves, dans la maison de santé dirigée par ces messieurs.

Comme traitement actif, on se borna à poser des sinapismes aux extrémités, à donner quelques verres d'eau de Sedlitz, et peu de jours après cet accident, M. X*** redevint ce qu'il était auparavant. Il fut soumis dès lors à l'observation directe de MM. Voisin et Falret.

Ces messieurs firent placer un séton à la nuque; des pilules purgatives furent données de temps en temps, ainsi que des bains de pieds sinapisés; ils prescrivirent un régime doux, etc., etc.; bref, pendant les six mois que le malade vécut dans la maison de Vanves, on n'observa aucun accident; seulement la faiblesse musculaire et les facultés intellectuelles restèrent au même point qu'auparavant.

De retour chez lui, M. X*** fut contraint, par son état de santé, de se démettre de ses fonctions de magistrat. Il passa l'hiver dans sa famille, sans que rien de nouveau n'en vînt troubler le calme, et quelques mois plus tard, il devint père d'un second enfant, lequel vint au monde avec une constitution relativement beaucoup plus faible que celle de l'aîné; les chairs étaient blanches et molles, et

quelques mois après sa naissance, l'enfant tomba dans une anémie profonde, à la suite d'une hémorrhagie intestinale très-grave, à laquelle il résista cependant.

Ce fut peu de temps après la naissance de cet enfant, que l'on vit M. X*** maigrir peu à peu, et perdre l'apparence de santé qu'il avait conservée jusqu'alors ; puis on ne tarda pas à voir apparaître sur les membres inférieurs, principalement sur les jambes, des bosselures rouges, ressemblant à l'érythème noueux, accompagnées de petites taches lenticulaires rosées et pointillées de purpura.

Des boissons acidules et un régime tonique, animalisé, furent conseillés; mais M. X*** ayant été habiter une autre ville du département, je le perdis de vue, sans pouvoir suivre cette affection de nature si complexe et si obscure.

Ce fut pendant l'absence que fit M. X***, qu'aux symptômes que je viens de signaler vinrent se joindre les suivants : M. X*** fut pris d'un mal de gorge, que l'on crut être une amygdalite simple, les bords du voile du palais étaient rouges; la luette, rouge aussi et gonflée, était relâchée ; on avait cautérisé avec le nitrate d'argent et badigeonné la gorge avec une dissolution de sulfate d'alumine.

Lorsque je revis M. X***, l'état général s'était aggravé; l'amaigrissement était plus marqué, les parties inférieures des jambes étaient œdématiées, les tissus étaient mous et transparents ; enfin sur les cuisses, sur le ventre, et surtout sur la partie antérieure de la poitrine, se remarquaient des taches jaunes, de formes et de figures différentes, mais d'un aspect caractéristique : c'étaient évidemment des syphilides.

En examinant la gorge, je vis l'amygdale droite rouge, peu volumineuse, mais perforée à son centre, avec un fond grisâtre ; la luette volumineuse, surtout à sa base, était traînante, double de longueur; elle excitait une toux continuelle par le chatouillement qu'elle produisait sur l'épiglotte. Entre la base de la luette et l'amygdale droite, on voyait un point grisâtre, ramolli, de 3 millimètres de diamètre environ, circonscrit par une auréole rouge assez étendue.

En parlant, M. X*** avait une voix nasale d'un caractère particulier, et souvent en buvant il rendait les liquides par les fosses nasales ; enfin, pour achever de caractériser cet état, une conjonctivite était venue ajouter son cortége de symptômes.

Ce fut seulement alors que j'appris qu'à l'âge de vingt-trois ans, M. X*** avait été atteint d'une blennorrhagie, qui s'était dissipée rapidement sous l'influence d'un traitement très-simple, composé (autant qu'il put se souvenir) de tisanes émollientes, d'injections astringentes et de capsules de copahu. M. X*** m'affirma n'avoir jamais eu de chancres, et pour lui cette affection avait eu si peu de gravité, qu'il l'avait complétement oubliée.

Il me semble presque inutile de dire quel traitement fut mis en usage ; mais ce que je dois signaler, c'est que sous l'influence du traitement spécifique composé d'iodure de mercure, de cautérisations avec le nitrate acide de mercure, de lotions avec une solution étendue de sublimé, et enfin de doses énormes d'iodure de potas-

sium, tous les accidents s'amendèrent et sont aujourd'hui totalement disparus. Et non-seulement j'entends parler des accidents spécifiques qui s'étaient déclarés en dernier lieu, mais encore des accidents antérieurs : ainsi le tremblement musculaire n'existe plus, et avec lui la faiblesse des membres inférieurs a disparu. Il semble aussi que les facultés intellectuelles se relèvent un peu, ce que l'on juge aisément en causant avec M***. Sa conversation est plus suivie et empreinte de moins de naïveté.

Ainsi ce n'est qu'après plus de quatre ans à partir du début des accidents, et après vingt ans d'infection, que le véritable caractère de l'affection qui dominait l'organisme de M. X***, et s'appesantissait sur lui d'une manière si cruelle, s'est dévoilé enfin et a pu être connu. Ce n'est qu'après tout ce temps, pendant lequel se manifestèrent une série de symptômes dont aucun ne pouvait cadrer parmi les accidents secondaires ni tertiaires de la syphilis, que tout d'un coup éclatent des signes non équivoques de la spécificité.

Qui a pu produire les accidents premiers ? Tout d'abord et avec tous nos confrères, nous n'avons pu voir dans cette affection autre chose qu'une hémorrhagie dont le siége semblait résider dans le cervelet, car tous les accidents consistaient surtout dans le défaut d'équilibration.

On doit se rappeler qu'avant de subir la première attaque d'hémiplégie (qui ne dura que quelques heures), M. X*** éprouvait déjà un tremblement musculaire, une sorte de mouvement choréique dans les membres inférieurs, et principalement du côté gauche.

Si encore nous avions eu pour guide une douleur ostéocope, ou une douleur névralgique qui porte avec elle un caractère spécial et irrécusable ; mais rien de tout cela ne vint nous éclairer. M. X*** affirmait n'avoir jamais eu de chancres, et aucun signe spécifique sous aucune espèce de forme ne se révélait à nos yeux. Et ce n'est qu'à la fin que, comme une mine longtemps contenue, tout éclate, tout fait explosion, tout se dévoile à la fois : d'abord des tumeurs gommeuses aux jambes, puis des syphilides, des ulcérations aux amygdales, au voile du palais, enfin une ophthalmie syphilitique avec ses caractères particuliers.

Et lorsque ces symptômes apparaissent, M. X*** devient père d'un enfant malingre, pâle, pris d'abord d'hémorrhagie intestinale, et sur lequel se montrèrent ensuite des papules syphilitiques aux jambes et aux orteils.

Ce qui maintenant contribue à dissiper tous les doutes qu'on pourrait concevoir, c'est l'action thérapeutique de la médication dite spécifique, puisque, dès que ces médicaments sont mis en usage,

tous les symptômes se modifient, s'amendent et disparaissent.

Les accidents étaient-ils dus à la présence de tumeurs gommeuses développées à la base du cervelet et comprimant un des points de cet organe? ou bien tous ces symptômes tenaient-ils à la cachexie profonde qui infectait l'organisme? L'une ou l'autre, et peut-être l'une et l'autre de ces deux causes existaient. MM. Voisin et Falret, ainsi que ceux de nos honorables confrères qui ont été à même d'observer M. X***, se sont, comme nous, laissé induire en erreur.

Maintenant que le rideau est levé, que la nature, en dévoilant ses secrets, les a gravés d'une façon si terrible, nous sommes complétement édifiés sur la véritable cause, et il nous semble difficile de la récuser.

Extraction d'un projectile et oblitération de l'ouverture du crane par la peau renversée.— Depuis le cas célèbre de trépanation pratiquée sur la partie postérieure de la tête pour extraire une balle entrée par le front, fait qui se trouve rapporté dans les *Mémoires et campagnes* de l'illustre Larrey, l'histoire des plaies de tête ne nous offre pas de cas aussi curieux que celui que M. Jobert vient de présenter à l'Académie des sciences. Les faits de cette espèce sont un vrai triomphe pour la chirurgie. Nous assistions à cette remarquable opération, et nous avons été témoin de l'enthousiasme de l'assistance, lorsque l'habile chirurgien lui a présenté la balle qu'il venait d'extraire. Depuis, le hasard nous a fait voir ce militaire, et nous avons pu constater l'étendue du service rendu.

Voici cette observation, ainsi que les remarques dont M. Jobert l'a fait suivre :

Plaie d'arme à feu.— Balle au milieu du front, un peu à droite de la ligne médiane.— Séjour de vingt-deux mois du projectile.— Extraction. — Trépan. — Le nommé Gustin (Jules), âgé de vingt-un ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 19 février 1857. C'est un homme de moyenne taille et de bonne constitution. Il faisait partie d'un poste français devant la tour Malakoff, lorsqu'il fut atteint d'une balle. Avant de frapper le front, elle avait rencontré la face externe de la visière et contourné le bord antérieur, en y faisant une dépression semi-lunaire ou en forme de croissant. Elle venait des avant postes russes (8 avril 1855). Il ne fut pas plus tôt frappé, qu'il tomba à sept pieds de profondeur, du haut du parapet, dans la tranchée de la troisième parallèle. On le porta dans une ambulance voisine, où il resta sans connaissance pendant vingt-quatre heures ; huit jours après, on le dirigeait sur Constantinople. Il y séjourna dans un hôpital militaire pendant quatre mois. Après ce séjour, il de-

mande et obtient de repartir pour la Crimée, malgré la persistance de la suppuration qui n'a jamais cessé. Il se bat à Traktir le 16 août 1855, et repart pour la France le 11 novembre de la même année. Arrivé à Paris au mois de décembre suivant, il reste encore pendant six mois sous les drapeaux; mais il ne fait pas de service actif, attendu que des crises l'obligent à gagner l'hôpital à trois reprises; chaque fois il y est demeuré une moyenne de quarante-cinq jours. La suppuration n'a jamais cessé; l'abondance n'en a pas toujours été la même. Les phénomènes étaient à peu près les mêmes depuis les premiers moments de l'accident : c'étaient des lourdeurs de tête, quelque chose de vague et d'incertain dans les attitudes ordinaires; lorsqu'il se baissait, il lui semblait que le front se détachait de la tête. Quant au traitement, sauf la diète obligée de trois jours après la blessure, il s'est borné à l'application, chaque jour, d'une plaque de diachylon sur la plaie.

Voici l'état du malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 19 février 1857 : Au front, on voit un trou net et circulaire avec des dimensions proportionnelles au calibre de la balle, il peut avoir la largeur d'une pièce de 1 franc. L'introduction d'une sonde cannelée fait connaître l'étendue du trajet et l'existence d'un corps étranger qui en occupe le fond. En promenant le doigt sur la circonférence de l'ouverture, on sent des granulations osseuses, des ossifications particles formées par le périoste, et on reconnaît à l'aide de la sonde une surface résistante, dure, métallique. A l'extérieur, la peau est amincie et laisse des traces inodulaires.

Considérant que les accidents éprouvés par le malade et que la suppuration abondante qui existe dépendent du séjour du projectile, je propose au jeune blessé d'en faire l'extraction. Il y souscrit volontiers, et, le 23 février 1857, l'opération est pratiquée de la manière suivante : 1° une incision cruciale est pratiquée et disposée de telle sorte qu'elle dépasse l'ouverture accidentelle dans tous les sens; 2° les quatre lambeaux qui résultent de cette double incision sont disséqués et renversés de manière à mettre à nu les surfaces et à pouvoir terminer l'opération sans rencontrer d'obstacles; 3° l'ouverture est ruginée et les productions osseuses sont enlevées avec une espèce de couteau boutonné; mais, comme le corps étranger ne pouvait être saisi, la perte de substance n'étant pas assez considérable pour pouvoir l'extraire, j'appliquai une couronne de trépan qui produisit une perte de substance suffisante, et c'est alors que je m'occupai de retirer la balle. C'est certainement un des temps les plus délicats de l'opération. Voici comment je m'y pris : j'explorai le corps étranger, je découvris la balle et bientôt je saisis le projectile dans deux points opposés avec une sorte de davier, à l'aide duquel je l'enlevai en le tournant sur lui-même, afin d'éviter de le presser sur le cerveau.

Après son extraction, on voyait au fond de la plaie une substance noirâtre qui a été éliminée progressivement. C'était du sang durci qui n'avait pas subi le contact de l'air, pareil à celui qu'on a quelquefois rencontré dans la cavité abdominale longtemps après un accident. Un phénomène remarquable se présenta aussi à notre ob-

servation : il s'agit de mouvements de soulèvement et d'affaissement, isochrones aux battements du pouls.

Je terminai l'opération en renversant les lambeaux dans la plaie. Un linge fin, troué, et une mince compresse trempée dans l'eau froide ont complété le pansement à plat. A l'aide d'une compression régulière et douce, les surfaces saignantes des os et des parties molles furent maintenues exactement en contact et leur agglutination se fit d'une manière parfaite, de telle sorte que cette large ouverture du crâne fut en partie comblée par ces quatre lambeaux, et le fond seul, représenté par la dure-mère, se trouvait en contact avec l'air.

Le projectile examiné a fourni les particularités suivantes : La balle est en plomb, pèse 25 grammes et a 5 centimètres 5 millimètres de circonférence. Sa couleur est noire, excepté sur les points où l'instrument l'a saisie. Là, en effet, la coloration bleuâtre est brillante. La surface n'est lisse, arrondie et régulièrement sphérique que sur une faible étendue. Elle présente partout ailleurs de nombreuses aspérités et est comme écrasée sur ces différents points.

Le jour de l'opération, il n'y eut pas de travail inflammatoire local sérieux, ni de trouble nerveux grave. (Diète ; repos.)

24 février. Pas de traumatisme. État général bon. (On panse à plat.)

27 février. Grand mal de tête à la suite de la visite du jeudi. Fièvre. (Sinapismes ; diète.)

28 février. Constipation et mal de tête. (Un verre d'eau de Sedlitz par demi-heure et un lavement de lin. Le soir, un bain de pieds au savon noir.)

1er mars. État local bon ; mal de tête. (Deux bains de pieds au savon noir; bouillon de poulet ; gomme coupée avec du lait.)

Le mieux va tous les jours croissant, lorsque, le 15 mars, il survient un érysipèle qui commence par la paupière supérieure de l'œil droit, gagne le nez et toute la joue gauche. Pas de prodromes, pas de trouble fonctionnel, ni avant ni pendant l'érysipèle, car le malade n'a rien ressenti et il a continué son régime. Une seule application de pommade au nitrate d'argent a suffi pour combattre l'érysipèle ; deux jours après il n'y en avait plus de trace. Jusqu'au 30 mars, on n'a eu qu'à constater une amélioration croissante.

Le 16 avril, voici quel était l'état de la blessure : 1° il existe un suintement purulent ; 2° une cavité, sorte d'infundibulum, au fond duquel on observe des mouvements alternatifs d'affaissement et de soulèvement ; 3° on ne retrouve plus de traces de l'ouverture osseuse qui est comblée en grande partie par les lambeaux des parties molles renversés et dont les téguments se trouvent adossés ; 4° le blessé a recouvré entièrement ses facultés intellectuelles et il n'éprouve plus aucune des douleurs dont il se plaignait.

Ce fait se recommande à l'attention par la durée du séjour du projectile et par le mode de guérison qui a suivi son extraction. N'est-il pas remarquable de voir la balle séjourner pendant vingt-deux mois à la place qu'elle occupait, et reposer sur la dure-mère

sans déterminer d'inflammation du cerveau et de ses membranes ?

Cela ne veut pas dire que le corps étranger ait été innocent par sa présence, puisque le malade éprouvait la sensation d'un corps lourd, qu'il ressentait habituellement des douleurs très-fortes qui s'irradiaient dans le crâne, et que, par moments, il semblait, suivant sa comparaison, qu'on lui arrachait la tête.

Ce qui démontre que le corps étranger n'a, par sa présence sur la dure-mère, déterminé aucune inflammation, c'est que le sang qui se trouvait répandu à la surface était noir, comme charbonné, sans offrir de traces de ramollissement ni de suppuration.

En de semblables circonstances, il me paraît que l'on peut établir en principe qu'il est toujours convenable d'agrandir, par l'application du trépan, l'ouverture faite au crâne, afin de manœuvrer sans difficulté et d'éviter d'enfoncer le corps étranger dans le cerveau, pendant les efforts d'extraction. D'ailleurs il ne suffit pas de faire une perte de substance plus grande, mais il faut encore saisir le projectile avec de fortes pinces, afin de le retirer sûrement en le tournant dans sa cavité et en l'attirant à l'extérieur en même temps.

Ordinairement, après la trépanation, il y a exfoliation superficielle et même nécrose plus ou moins profonde.

C'est ainsi que les choses se passent lorsque le trépan a été appliqué et que la plaie est demeurée au contact de l'air ; mais ici l'expérience nous a appris qu'il en est autrement lorsque les lambeaux sont introduits dans l'ouverture accidentelle. En effet, chez ce blessé, il n'y a eu aucun point de l'os nécrosé; il n'y a point eu d'exfoliation, et la suppuration s'est établie seulement au fond de la plaie et sur la dure-mère, qui a bourgeonné.

C'est donc à l'adhérence immédiate des lambeaux à la surface parcourue par le trépan qu'il faut attribuer l'absence de nécrose et d'exfoliation osseuse. La surface saignante des lambeaux s'est évidemment réunie immédiatement à la surface osseuse également saignante, et rien ne prouve mieux que la section des os n'est en aucune manière un obstacle à la réunion par première intention.

Depuis la sortie de ce malade de l'hôpital, je l'ai revu plusieurs fois et je me suis assuré qu'il n'avait éprouvé aucun trouble local et fonctionnel, que l'espèce d'infundibulum s'était affaissé à l'extérieur. Les battements isochrones à ceux du pouls, si visibles lors de sa sortie, étaient devenus obscurs, et je crois en trouver la raison dans l'augmentation d'épaisseur des tissus, et probablement dans le développement d'une lame fibro-cartilagineuse formée par la dure-

mère, sorte de périoste interne des os du crâne, comme le dit M. Flourens.

Le 14 octobre 1860, j'ai revu notre intéressant malade dont la blessure, parfaitement guérie, n'offrait plus de traces de battements.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Antéversion et dysménorrhée *anciennes, traitées par la réduction ; guérison.* La réduction du col de l'utérus, maintenue à l'aide d'un tampon, est possible dans l'antéversion, lorsqu'il n'y a pas d'état inflammatoire ou congestif bien prononcé ; elle a pour effet de faciliter beaucoup la menstruation rendue douloureuse et incomplète par la déviation utérine. Enfin, cette régularité nouvelle de la menstruation fait disparaître indirectement les pertes blanches liées à la dysménorrhée. Voici un fait qui vient très-bien à l'appui de certaines propositions.

Mme X***, âgée de trente-deux ans, éprouvait depuis onze ans une série de maladies liées à une dysménorrhée ; elle était anémique, d'une susceptibilité nerveuse excessive; son appétit était capricieux, les digestions un peu pénibles ; il y avait de la constipation ; enfin, une perte blanche fétide, presque continuelle, était accompagnée de douleurs dans les lombes, les aines et les cuisses, douleurs que le moindre exercice exaspérait. La menstruation, très-peu abondante et très-pénible, exaspérait chaque fois l'état nerveux et allait quelquefois jusqu'à produire des convulsions. M. le docteur Boucaud, consulté, constata par le toucher une antéversion très-prononcée. Il fallait aller chercher le col à une partie très-élevée de la concavité du sacrum. Il n'y avait, du reste, ni granulations, ni ulcérations sur la partie visible du col. La malade fut mise aux préparations amères et ferrugineuses, douches utérines froides, repos absolu.

Au bout de deux mois environ de ce traitement (le 16 septembre), il n'y avait aucune amélioration ; mais il sembla à M. Boucaud qu'il était possible de ramener le col dans l'axe du bassin, en ne causant qu'une souffrance supportable à la malade. Malgré sa répugnance pour les moyens mécaniques, il se décida à maintenir le col réduit au moyen d'un tampon serré d'éponge fine comprimée en tous sens par un lien. Ce tampon huilé fut glissé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, dont il déplissait devant lui la paroi. L'extraction de ce tampon, renouvelée tous les sept jours, fut toujours assez difficile ; du reste, il fut bien supporté et conservé dans toutes les attitudes.

Le 10 octobre, c'est-à-dire au bout de vingt-quatre jours, les règles survinrent, sans causer de grandes fatigues et avec une abondance que la malade ne connaissait plus depuis longtemps. Les pertes blanches diminuèrent sensiblement, à dater de celle époque. Le mois suivant il y eut une menstruation très-régulière. Le 15 novembre, tous les symptômes étaient améliorés, l'état général de santé était également beaucoup plus satisfaisant ; il n'y avait plus de pertes blanches, et il ne lui restait plus de son anémie et de son état nerveux qu'un peu de susceptibilité, qu'elle soulageait avec la valériane et l'éther.

On voit encore par ce fait combien une réduction, même temporaire, a d'influence heureuse sur la menstruation et sur tous les désordres qu'entraîne la perturbation de cette fonction. (*Gaz. méd. de Lyon,* janvier 1861.)

Digitale *à haute dose comme traitement du delirium tremens, de l'épilepsie et de la manie aiguë.* M. le docteur Schardey vient confirmer par le récit d'un nouveau succès les expériences que le docteur Jones a publiées dans notre livraison du 15 novembre dernier (t. LIX, p. 411) ; de plus, il a rapporté quinze cas d'épilepsie avec manie, ou de manie aiguë, dans lesquels la digitale a paru utile, sans jamais entraîner d'accidents. M. Schardey rappelle que son père, en 1831, et lui-même, en 1848, ont publié les premiers faits relatifs à l'emploi de la di-

gitale à haute dose dans l'épilepsie. Il conclut de ses observations : 1° que la digitale peut être administrée à plus hautes doses qu'on ne pouvait le croire, quand il existe un haut degré d'excitation nerveuse ; 2° qu'on peut l'administrer dans ces cas, non-seulement avec impunité, mais avec un véritable avantage ; 3° que le bénéfice est généralement indépendant de l'action spéciale de cette substance sur la circulation, et échappe, par conséquent, aux objections qu'on pourrait lui adresser à cet égard. Les doses ont été portées de 15 à 30 grammes de teinture de digitale en vingt-quatre heures, sans que le médicament ait eu d'autres effets sédatifs que de procurer du repos et du sommeil, et pourtant dans plusieurs de ces cas, à côté de la surexcitation nerveuse, il existait une faiblesse notable de la circulation. La digitale n'a jamais produit une dépression alarmante du pouls. Il semble que la surexcitation nerveuse amène une tolérance de ce médicament énergique. En terminant, l'auteur annonce une prochaine communication relative à l'action comparée de la digitaline. (*Dublin med. press*, novembre 1860.)

Gale. *Nouveau traitement par l'emploi de l'huile phosphorée.* Ce traitement n'est pas aussi nouveau que le dit le docteur Metzel, il a déjà été recommandé par M. le docteur Henrich. De plus, il n'est pas expéditif ; toutefois le médecin de Cracovie le préfère aux moyens classiques, parce que l'huile phosphorée est une préparation peu dispendieuse, ne tachant pas le linge, et qu'elle ne provoque jamais ces éruptions consécutives si désagréables.

On prépare l'huile phosphorée en introduisant 8 grammes de phosphore dans 500 grammes d'huile d'olive ou de lin. On ferme le flacon avec une vessie et on l'expose à la température de 100 degrés au bain-marie. L'huile refroidie doit être conservée dans des vases bien bouchés. On l'emploie en frictions quotidiennes.

M. Metzel a soumis 80 malades à ce traitement ; le nombre des frictions nécessaires pour obtenir la guérison a été de 2 chez 4 sujets, 3 chez 31 sujets, de 4 chez 27, de 5 chez 10, de 6 chez 4. Dans tous ces cas la guérison fut complète ; on donna ensuite trois bains aux malades, avant de les renvoyer. Il n'y eut pas une seule récidive, ni d'eczéma consécutif ; les frictions hâtèrent au contraire la guérison de l'eczéma déjà existant chez 24 malades et des excoriations existant chez 11 autres sujets.

Il importe, pour obtenir ces résultats, de ne pas employer les dernières portions d'huile contenues dans le vase, car elles pourraient renfermer quelques parcelles de phosphore non dissous. (*Weiner medicin.*, *Wochensc*, n° 12, 1860.)

Galactorrhée, *son traitement par les douches utérines.* On connaît depuis longtemps la sympathie étroite qui relie les glandes mammaires à l'utérus et qui se manifeste aussi bien à l'état physiologique qu'à l'occasion de diverses maladies. L'influence de l'allaitement sur le retrait de l'utérus est un fait banal, et c'est dans ce même ordre d'idées que M. Scanzoni a trouvé un nouveau moyen de provoquer l'accouchement prématuré à l'aide d'une excitation portée sur le mamelon. Dans ces faits, il s'agit d'une excitation de nerfs des seins transmise à ceux de l'utérus. Il était permis de supposer qu'une action sympathique analogue pourrait bien s'exercer en sens inverse des nerfs utérins à ceux de la mamelle. C'est cette pensée qui conduisit M. Abegg à employer, en 1855, des douches utérines dans un cas de galactorrhée rebelle. Cet essai ayant été couronné d'un plein succès, ce médecin a renouvelé sa tentative, et la guérison ayant eu lieu de nouveau, il n'hésite pas à recommander ce moyen à l'attention des praticiens. Les observations publiées par l'auteur nous montrent que les douches utérines ont agi dans les deux cas en provoquant le retour de la menstruation ; dans l'un d'eux même l'écoulement sanguin dura quinze jours, et l'on comprend qu'une perte de sang aussi prolongée ait tari la sécrétion du lait. (*Monatsch. für Geburtsckunde*, *Gaz. hebd.*, février.)

Panaris, *phlegmons des extrémités ; cataplasmes en vessie.* Quelques cas de panaris, des phlegmons de la main, du poignet et du pied ont fourni à M. le médecin de régiment Dechange, l'occasion d'introduire dans la confection des cataplasmes la modification suivante : Dans une grande vessie de porc préalablement ramollie avec un peu d'huile, on introduit le topique émollient ou détersif dans lequel est ensuite plongé la main ou le pied malade. L'orifice de la vessie est fixé sur le pourtour de l'avant-bras,

ou au-dessus de la cheville au moyen d'un tour de bande, en ayant soin de garnir ces points d'un peu de ouate ou de linge. L'évaporation étant rendue difficile, la pâte reste liquide pendant plusieurs jours; ou peut la réchauffer à volonté, en immergeant la vessie dans un baquet d'eau tiède. Les doigts ne subissent aucune pression et se meuvent librement dans cette bouillie dont ils éprouvent l'action bienfaisante sur toute leur surface. Ce nouveau cataplasme de M. Dechange joint aux avantages que nous venons d'indiquer celui non moins appréciable d'une très-grande économie. (*Archives belges de médecine militaire*, 1860.)

Polypes *de la matrice et du rectum. Nouveau procédé d'extirpation.* M. le professeur Rizzoli, de Bologne, vient de faire connaître un nouveau procédé pour l'extirpation des polypes de la matrice et du rectum. Les avantages spéciaux qu'il attribue à ce procédé sont d'être d'une prompte et facile exécution et de mettre à l'abri de tout danger d'hémorrhagie. L'instrument à l'aide duquel l'auteur opère les polypes, consiste en une pince de son invention, qui étreint et écrase le pédicule de la tumeur avec autant de rapidité que les ciseaux. L'emploi de cet instrument réunirait donc les avantages de la section et de la ligature. Diverses expériences instituées avec cette pince, sur des polypes utérins déjà extirpés par la méthode de l'incision, ont convaincu M. Rizzoli que cet instrument coupe d'un seul trait et écrase les tissus du pédicule, et que les branches peuvent en être assez exactement rapprochées pour ne laisser entre elles que la muqueuse profondément désorganisée. Ce mode d'action, analogue à celui de l'écraseur de M. Chassaignac, a comme lui pour effet de mettre à l'abri de toute perte de sang, mieux que ne peut le faire la ligature ordinaire.

La pince de M. Rizzoli a une longueur totale de 21 centimètres; elle est formée de deux branches croisées dans leur articulation; celle-ci est distante de 7 centimètres et demi de leur extrémité obtuse. La portion supérieure de ces branches est convexe sur sa face dorsale et concave du côté opposé, dans une étendue de 3 centimètres et demi; la branche femelle présente dans sa partie moyenne une cannelure de même longueur, à bords dentelés et obtus, dans laquelle s'engage l'extrémité de la branche mâle, également dentelée sur son bord convexe. Les manches de cette pince peuvent s'écarter à leur extrémité inférieure, terminée chacune par un anneau séparé. L'extrémité inférieure de chacun de ces anneaux est munie d'un écrou pour livrer passage à une vis munie d'un manche et destinée à rapprocher les deux branches de l'instrument, de manière à resserrer étroitement entre elles les deux extrémités supérieures.

Voici comment on applique cette pince : la malade étant placée dans une position convenable, l'opérateur saisit entre l'index et le médius de la main gauche le pédicule du polype, dont il attire le corps vers la vulve. De la main droite, il introduit la pince fermée le long des deux doigts de la main gauche, jusqu'au pédicule qu'il fait saisir par les branches écartées de l'instrument. Celles-ci sont alors graduellement serrées par la vis, qu'il fait manœuvrer jusqu'à ce que les anneaux de la pince se touchent. L'opération est ainsi terminée en peu d'instants, sans que la malade éprouve de vives souffrances. Il ne reste plus qu'à assurer la pince à l'aide d'une compresse de toile, contre une des cuisses de l'opérée, et à placer celle-ci en supination.

Trois polypes de l'utérus ont été opérés ainsi. Dans l'un, la chute du polype et de la pince eut lieu au bout de deux jours; dans le second, elle eut lieu le jour même; dans le troisième, au bout de trente-six heures.

Cet instrument a également été appliqué à l'extirpation des polypes du rectum. Dans un cas où il avait à opérer deux polypes : l'un, de la grosseur d'une noix; l'autre, plus petit; M. Rizzoli fit usage, contre ce dernier, de la ligature; contre l'autre, il employa son instrument. Cet essai comparatif lui a permis d'apprécier les avantages du nouveau procédé : la ligature du plus petit polype fut non-seulement d'une exécution moins facile que la constriction exercée sur l'autre par la pince, mais encore elle occasionna une vive douleur et n'amena la chute de la tumeur qu'au bout de quatre jours, tandis que l'autre polype, plus volumineux, se détacha complétement le lendemain même de l'application de l'instrument. (*Press. méd. belge*, décembre 1860.)

Purpura hæmorrhagica. *Nouveau cas de guérison prompte par*

le perchlorure de fer. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour que nous n'enregistrions pas le suivant communiqué à la Société de médecine de Bruxelles par M. Van Holsbeek.

Obs. D..., âgée de dix-huit ans, fut prise subitement et sans cause appréciable, dans la soirée du 15 juillet 1860, de malaise, de courbature, de nausées et de frissons erratiques. Le lendemain, elle s'aperçoit que sa salive était sanguinolente et que la peau était couverte de taches bleues et rouges. M. Van Holsbeek la vit le même jour; elle se plaignait de faiblesse, de douleurs dans le dos et d'une lassitude générale. Le menton, le cou, le tronc et les membres étaient couverts de petites taches circulaires de grandeur et de couleur variées, ayant une demi-ligne à une ligne de diamètre, et d'une coloration variant entre le rouge vif du sang artériel et le pourpre noir. Il existait aussi, sur différentes parties du corps, de larges plaques d'ecchymoses d'une couleur violacée et verdâtre; c'était surtout aux mamelles, aux coudes, aux reins et aux mollets que se remarquaient ces ecchymoses. Il y avait même çà et là des macules sur les lèvres, sur les bords de la langue, sur les gencives, sur la muqueuse buccale et sur le voile du palais. La malade rejetait continuellement, par l'expectoration, du mucus mousseux rougi par du sang; les gencives étaient un peu saignantes. Il n'y avait pas de mouvement fébrile. On prescrivit immédiatement une potion avec 1 gramme de perchlorure de fer, qui fut continuée les jours suivants.

Dès le 23, la malade se sentait mieux; elle avait moins de lassitude. Les taches étaient plus noires et il en avait paru quelques nouvelles, mais les crachats n'étaient plus sanguinolents.

Le 24, les larges ecchymoses se résorbaient et prenaient une couleur jaune verdâtre. Les petites taches disparaissaient surtout dans la cavité buccale.

Le 27, la malade se trouvait tout à fait bien; on n'apercevait plus de taches, et les ecchymoses avaient beaucoup perdu de leur étendue; il n'y avait plus eu d'expectoration sanguinolente depuis trois jours, et les gencives étaient tout à fait raffermies; comme il y avait de la constipation, on prescrivit une once d'huile de ricin.

Le 30 juillet, la malade était complétement guérie, et la peau ne présentait plus la moindre tache ni ecchymose. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier 1861.)

Rétrécissement du bassin *considéré sous le rapport de l'aptitude au mariage*. Les rétrécissements avec déformation du bassin soulèvent des questions délicates que le médecin est appelé à résoudre, et sur lesquelles il ne peut donner un avis sans engager fortement sa responsabilité. Voici comment s'est exprimé à cet égard M. Pajot, dans une de ses leçons cliniques faites à l'amphithéâtre de la Clinique d'accouchements, en remplacement de M. le professeur P. Dubois : Que l'on suppose qu'une jeune fille, plus ou moins contrefaite, soit demandée en mariage, et que la mère consulte son médecin pour savoir si elle pourra supporter sans danger les conséquences du mariage. Le médecin pourra être très-embarrassé, car s'il dit non, il condamne cette jeune fille au célibat; s'il dit oui, il peut s'attirer plus tard de cruels reproches. En pareil cas, la première chose à faire est de jeter un regard d'ensemble sur la jeune fille et de juger par cet examen général de ce que peut être son bassin. Les femmes qui ont des rétrécissements pelviens sont ordinairement de petite taille; elles offrent de plus dans la figure un caractère spécial, que l'on sent plutôt qu'on ne le définit. Puis, après avoir pris note des impressions résultant de ce premier coup d'œil, il faut faire marcher la jeune personne; et alors on pourra apercevoir dans sa désinvolture quelque chose qui frappe. Chez l'une, c'est un balancement; chez l'autre, une légère claudication; d'autres fois, un mouvement singulier des jambes, qui soulève la robe en arrière. Certaines femmes sont très-ensellées. Il y a d'ailleurs, dans l'attitude, des nuances infinies et autant de détails que d'individus. On remarquera aussi que la tête est grosse et les doigts courts. Ces notions acquises, si l'on passe aux antécédents, on apprendra le plus souvent que le sujet a été noué dans son enfance, ou bien qu'il lui est arrivé quelque accident, une fracture de la cuisse ou bien un déboitement simple ou double de la hanche. Avec ces renseignements, on est sur la voie; il est probable qu'il y a un rétrécissement, mais il faut se garder encore de l'affirmer, car on pourrait s'y tromper. Il faut donc pousser plus loin l'exploration. Il faut

comparer la longueur proportionnelle des membres inférieurs; la solution du problème est presque tout entière là : que la colonne vertébrale soit longue ou qu'elle ne le soit pas, qu'elle soit droite ou courbe, si les jambes sont plus ou moins tordues et courbes, si les fémurs sont excessivement courbes, si les jambes et les cuisses surtout sont courtes, très-courtes, comme celles des enfants noués, il y a alors 95 à parier sur 100 que la jeune fille a un bassin vicié. Au contraire, si les membres inférieurs, quel que soit l'état de la colonne vertébrale, sont longs par rapport au buste, et droits, la femme a probablement le bassin bien conformé. Mais cette présomption, si grande qu'elle soit, n'est pas encore une certitude. La mensuration seule peut donner cette certitude.

On a imaginé de nombreux instruments pour mesurer mathématiquement le bassin, mais ils sont tous défectueux en ce qu'ils supposent une épaisseur toujours égale du sacrum et de la symphyse, ce qui est loin d'être exact. Voici, dans ces circonstances, quelle est, d'après M. Pajot, la conduite à tenir : « Vous avez interrogé les antécédents, apprécié l'attitude, les allures, examiné les membres et le bassin de la jeune fille; vous la faites coucher sur le dos, les mains pendantes, dans l'attitude requise pour l'exploration abdominale; vous appuyez bien le coude sur le lit; vous poussez avec une grande douceur jusqu'à la courbure du sacrum; vous remontez lentement jusqu'à la partie qui surplombe, et vous la trouvez d'autant plus facilement que le bassin est plus étroit (la femme, avant cette investigation, a dû prendre un lavement). Si, avec le doigt, vous n'atteignez pas l'angle sacro-vertébral, en allant jusqu'au fond, vous pouvez dire que le bassin est, non pas sans déformation, mais qu'il est un peu rétréci. Etes-vous au contraire sur cet angle, vous portez l'autre index derrière le méat urinaire, au point où l'arcade du pubis coupe le premier doigt; vous faites avec l'ongle, sur ce doigt, une marque qui persiste dix minutes; cela fait, vous retirez le premier doigt, vous le placez sur une règle graduée, et, déduisant 1 centimètre pour la différence que l'obliquité de la symphyse établit entre la mesure inférieure et la mesure supérieure, qui est la vraie, vous avez la longueur du diamètre antéro-postérieur. (*Gaz. des hôpit.*, janvier 1861.)

Tétanos traumatique (*Cas de) traité avec succès au moyen de la ciguë*. Découragé par des revers antérieurs de recourir aux agents thérapeutiques ordinairement employés contre le tétanos, M. le docteur Corry aurait désiré, dans le cas dont il est ici question, mettre à l'épreuve l'efficacité du curare ou woorara, sur lequel la communication de M. Vella à l'Académie des sciences et le travail de M. Spencer Wells venaient d'appeler l'attention du monde médical. Mais n'ayant pu se procurer de cette substance, il fut conduit à recourir à la ciguë officinale (*conium maculatum*) par cette idée émise par le docteur Radcliffe, que « cette plante ayant une action physiologique presque identique à celle du curare, pourrait bien être un remède et plus facile à manier et aussi avantageux. » Voici maintenant le fait tel qu'il a été exposé à la Société médicale de Belfast par M. Corry.

Le 26 mars 1860, appelé auprès du nommé J. Russell, âgé de cinquante-cinq ans, préposé à la direction d'un magasin de spiritueux, notre confrère trouva le malade en proie à une attaque non douteuse de tétanos qui avait débuté deux jours auparavant : paroxysmes intenses et fréquents, opisthotonos avec vive douleur précordiale, trismus, tel que les mâchoires pouvaient à peine s'écarter d'un demi-pouce; gêne considérable de la déglutition; en même temps constipation, peau froide, pouls à 115. Dix jours auparavant, cet homme avait eu la main gauche prise entre deux tonneaux; il était résulté de cet accident une plaie contuse fort sérieuse qui, toutefois, avait marché favorablement et se trouvait actuellement à peu près cicatrisée.

Conformément aux vues théoriques exposées ci-dessus, M. Corry se détermina à recourir à l'emploi de la ciguë. Il prescrivit 5 grains d'extrait toutes les trois heures, à prendre en solution dans de l'eau, après l'administration préalable d'un lavement purgatif avec l'huile de ricin et la térébenthine. Au bout de vingt-quatre heures il y avait une amélioration notable des symptômes : les spasmes étaient devenus moins aigus et le malade qui jusque-là ne pouvait rester dans la position horizontale, à cause d'une sensation excessivement pénible de suffocation, put goûter quelque repos; le pouls était tombé à 100. Quarante-huit heures plus tard, les effets physiologiques spéciaux de la ciguë commencèrent à se manifester par un

sentiment de débilité générale avec engourdissement et impuissance des extrémités inférieures ; les paroxysmes ne se produisaient plus qu'à de longs intervalles et avaient considérablement perdu de leur intensité ; le pouls était à 80. Continuation du médicament, et en même temps vin, thé de bœuf, œufs, pour soutenir les forces. Au bout d'une semaine, il existait une paralysie complète des membres abdominaux ; les membres thoraciques étaient aussi affectés d'une manière sensible : en même temps difficulté considérable de la déglutition, mais les spasmes et la rigidité des différents muscles avaient cédé, à l'exception toutefois d'un certain degré de trismus qui persistait encore ; très-peu de sommeil. En raison de ce dernier symptôme, en même temps que la ciguë était continuée, une solution d'hydrochlorate de morphine fut prescrite pour la nuit, au cas où l'insomnie en indiquerait l'emploi. Après quinze jours de ce traitement, il parut nécessaire de diminuer et d'éloigner les doses, les muscles de la respiration subissant à leur tour l'influence du médicament; les paroxysmes avaient entièrement cessé et il ne restait plus qu'un très-léger trismus. Le vingt et unième jour, l'extrait de ciguë fut complétement supprimé, tout symptôme de tétanos ayant disparu. Des frictions furent pratiquées sur les membres avec un liniment stimulant, en même temps que la quinine était donnée à l'intérieur, et à l'expiration d'une nouvelle quinzaine le malade put retourner à ses occupations.

Ce n'est pas sur un seul cas, et sur un cas qui semble avoir été d'une intensité médiocre, que l'on peut juger la valeur de la médication proposée, surtout dans une affection comme le tétanos, dont on peut citer des guérisons par un bon nombre d'autres agents. Mais le fait nous semble utile à enregistrer; l'action sédative connue de la ciguë sur le système nerveux, et spécialement sur la moëlle épinière, permet de regarder l'emploi de cette plante dans la maladie dont il s'agit comme véritablement rationnel, quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de l'assimilation de ses propriétés à celles du curare. (*The Dublin quarterly Journ. of med. sc.*, novembre 1860.)

Vératrine, *son emploi topique contre les douleurs qui accompagnent la menstruation.* Rien de plus fréquent que ce symptôme; aussi les auteurs classiques n'ont-ils pu garder sur ce point un silence aussi complet que M. Vannaire les en accuse. La thérapeutique, non plus, n'est pas complétement désarmée, et l'emploi du castoréum à haute dose triomphe souvent de ces coliques utérines qui accompagnent l'expulsion de caillots sanguins. Ceci ne nous empêche pas d'enregistrer le nouveau moyen que signale M. Vannaire contre cette dysménorrhée mécanique. Suivant cet auteur, l'usage d'une pommade contenant un centième de son poids de vératrine, employée, à la dose de 1 ou 2 grammes, en frictions légères sur la région sous-ombilicale, répétées deux fois dans les vingt-quatre heures, suffit pour amener la cessation de ces douleurs. Jamais il n'a dû en être fait plus de quatre ou cinq. Chez une dame soumise à ce traitement, de violentes coliques intermittentes étaient remplacées par un sommeil calme et réparateur. (*Compte rendu de la Soc. de Gannat*, 1860.)

VARIÉTÉS.

Prothèse musculaire physiologique des membres inférieurs (1).

Par le docteur Duchenne (de Boulogne).

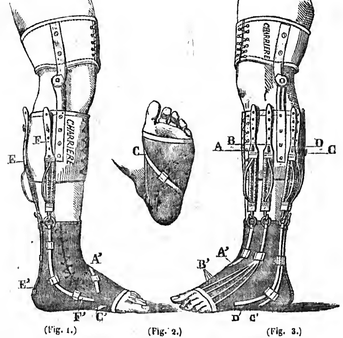
La prothèse musculaire physiologique des membres inférieurs a une plus grande importance pratique que celle de la main, parce qu'elle seule peut prévenir des déformations qui sont incurables, lorsqu'elles sont arrivées à leur entier développement, parce qu'à ce titre elles doivent toujours être appliquées concurremment avec les moyens thérapeutiques et principalement avec la faradisation localisée, dont le but est de guérir la paralysie ou l'atrophie, cause

(1) Voir, pour les généralités, l'article sur la prothèse de la main (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LII, p. 400).

première de ces déformations, parce qu'enfin les cas dans lesquels on peut en faire l'application, sont extrêmement nombreux.

Mes recherches sur la prothèse physiologique des membres inférieurs ont été faites, en grande partie, chez des enfants et chez des jeunes sujets. Je me proposais autant de prévenir ou d'arrêter les déformations des membres, en attendant que les paralysies fussent guéries ou améliorées par la faradisation, que de rétablir ou de rendre plus facile l'usage de ces membres.

Les appareils orthopédiques qui étaient répandus dans la pratique, bien qu'ils eussent été perfectionnés sous la direction de savants physiologistes et pathologistes qui s'étaient spécialement livrés à l'étude des difformités et des affections musculaires, ne répondaient pas aux indications que je voulais remplir. Ces appareils à force fixe ou à force élastique meuvent le pied en masse dans l'articulation tibio-tarsienne ou dans l'articulation calcanéo-astragalienne, dans le sens de l'adduction et de l'abduction ; et encore, ils ne peuvent qu'imiter ces mouvements d'abduction et d'adduction par un renversement du pied directement en dehors ou en dedans, renversement direct que ne permet pas l'articulation calcanéo-astragalienne dont le mouvement est composé comme je l'ai démontré. Enfin, avec ces appareils on ne peut obtenir les mouvements des petites articulations du métatarse, qui ont lieu à l'état normal, sous l'influence de l'action individuelle des muscles pendant l'extension, la flexion, l'adduction et l'abduction du pied.



(Fig. 1.) (Fig. 2.) (Fig. 3.)

Je ne saurais dire combien d'appareils j'ai imaginés pour obtenir ces mouvements composés. Tous mes essais ont été infructueux jusqu'au moment où

j'ai eu l'idée d'imiter la nature, à l'aide de la prothèse musculaire physiologique, c'est-à-dire d'attacher mes moteurs artificiels exactement dans les points anatomiques. L'expérience heureuse que j'avais déjà faite sur des jambes de squelettes, me fit espérer que, répétée sur les sujets vivants, elle donnerait les mêmes résultats. Je vais décrire l'appareil que je fis construire dans ce but.

Il se compose (fig. 1, 2 et 3) d'une guêtre de muscles artificiels, d'un système de déligation avec ou sans tuteurs métalliques qui servent de points d'appui et d'attache aux muscles artificiels à force élastique ou rigide.

1° La guêtre est en coutil; elle s'étend de quelques centimètres au-dessus des malléoles, à 1 centimètre en avant des articulations métatarso-phalangiennes, de manière à conserver la liberté des mouvements des orteils. Elle est coupée comme une bottine, c'est-à-dire que ses coutures longent la circonférence du pied. Ces coutures sont plates et ne blessent pas la peau. Cette guêtre est lacée ordinairement en dedans; je dirai par la suite, dans quelle circonstance elle doit être lacée en dehors Enfin elle est bien ajustée, ne fait pas de plis, et ne doit pas exercer trop de compression. Je la fais porter par-dessus un bas de fil, parce qu'ainsi elle se conserve propre plus longtemps que si elle était appliquée à nu sur la peau. D'ailleurs avec les muscles artificiels qui s'attachent à cette guêtre, dans certains points anatomiques, on obtient aussi bien dans les deux cas les mouvements articulaires partiels et composés que l'on se propose de produire.

2° La portion des muscles artificiels qui correspond à la guêtre, est la partie essentielle, fondamentale, dans l'orthopédie physiologique. De cette espèce de tendons artificiels dépend toute la mécanique des appareils. On peut voir dans les figures 1, 2 et 3, que l'extrémité inférieure de ces tendons artificiels destinés à produire les mouvements si complexes des articulations du tarse et du métatarse, s'attache exactement dans les points anatomiques, et que leur direction et leur passage dans des coulisses ont lieu comme dans la nature. Ils sont construits avec des lacets de soie. Je reviens plus loin sur leur description, en traitant de la prothèse des paralysies musculaires partielles.

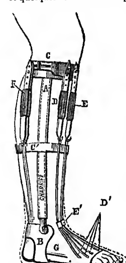
Les agents moteurs de ces tendons artificiels sont élastiques ou rigides. L'expérience m'ayant démontré l'insuffisance des tissus en caoutchouc vulcanisé, j'ai donné la préférence aux ressorts métalliques à spiral, parce qu'ils répondaient mieux aux indications que j'avais à remplir. Ces ressorts métalliques, dont on augmente la force suivant les cas particuliers, sont recouverts à la manière des ressorts de bretelles. Leur course est limitée et ne peut dépasser le tiers de leur longueur, de sorte qu'on peut les employer aussi comme moteurs fixes, en les tendant au delà de leur extensibilité. Ces moteurs sont terminés inférieurement par des agrafes qui les relient aux tendons artificiels, et supérieurement par des courroies percées de trous qui sont fixées à l'appareil que je vais décrire.

3° Je me suis appliqué dans ces essais à simplifier la fabrication des appareils prothétiques et à les débarrasser autant que possible de l'emploi du métal. — Primitivement, j'avais fait construire une molletière en cuir assez épais, embrassant exactement la partie supérieure de la jambe, lacée en dehors, et pouvant être serrée au niveau de la jarretière, de manière à être maintenue aussi solidement que possible. Des boutons fixés à cette molletière servaient de points d'attache aux muscles artificiels ; mais je n'ai pas tardé à remarquer que cette molletière est insuffisante. Chez les enfants dont les membres malades étaient amaigris ou atrophiés, elle n'était pas applicable, parce qu'elle ne pouvait être

solidement maintenue et descendait sur la partie inférieure de la jambe, sous l'influence de la traction exercée par les muscles artificiels. Lorsque les muscles de la partie postérieure de la jambe étaient assez développés pour soutenir la molletière, la compression circulaire qu'il fallait alors exercer au niveau de la jarretière pour résister à la traction des muscles artificiels, ou ne pouvait être longtemps supportée, ou augmentait l'atrophie de la jambe.

Alors j'ai essayé de soutenir la molletière à l'aide d'un cuissard qui prenait son point d'appui au-dessus du condyle du fémur. (Voy. les fig. 1 et 3.) Pour fixer solidement ce cuissard, deux coussins de 8 à 10 centimètres de diamètre, et de 1 centimètre à 1 centimètre et demi d'épaisseur ont été fixés à la face interne et placés un peu au-dessus des condyles du fémur. De cette manière le cuissard comprimant la cuisse transversalement était retenu par les condyles, et maintenait solidement la molletière à laquelle il se reliait à l'aide de courroies placées latéralement; il n'occasionnait aucune gêne, parce qu'il n'exerçait pas de compression circulaire.

Cet appareil, on le voit, a une grande ressemblance avec celui de la main qui a été décrit antérieurement (voyez *Bulletin de Thérapeutique*, t. LII, p. 455), qui, lui aussi, prend son point d'appui principal sur les tubérosités interne et externe de la partie inférieure de l'humérus. Mais il n'est malheureusement pas applicable dans tous les cas, surtout lorsque les muscles artificiels doivent agir avec une grande puissance. Il faut alors serrer très-fortement le cuissard et il en résulte une atrophie rapide de la partie inférieure de la cuisse, et surtout du vaste interne et du vaste externe. Cette atrophie de la cuisse est même inévitable après un long usage de ce cuissard, quelque modérée que soit la compression. Ainsi, j'ai observé que le volume de ces muscles avait diminué d'un tiers et quelquefois de moitié après un à deux ans d'usage.



(Fig. 4.)

Cette atrophie des extenseurs de la jambe sur la cuisse par le cuissard contre-indique l'emploi de ce dernier, lorsque ces muscles sont déjà affaiblis, paralysés ou atrophiés en même temps que les muscles moteurs du pied. De plus, le cuissard est très-incommode et difficile à maintenir, pendant les chaleurs de l'été, à cause de la transpiration abondante qu'il provoque. Enfin, il est des cas assez nombreux où il faut combiner la force élastique avec la force rigide.

L'appareil représenté dans la figure 4 répond à toutes les indications pour les paralysies partielles des muscles moteurs du pied.

Il est composé, comme les appareils orthopédiques ordinaires, de deux tuteurs métalliques, reliés entre eux par deux cercles également en métal C, C' dont la moitié antérieure est articulée et peut s'ouvrir pour recevoir le membre; d'un étrier métallique B, auquel est fixée une semelle en cuir mince, quelquefois consolidée par une plaque métallique aussi légère que possible. Le métal est partout recouvert de peau.

Lorsque le pied est mis dans sa guêtre, le membre est placé dans l'appareil comme dans la figure 4, et une bottine maintient

solidement tout le système, comme l'indiquent les lignes ponctuées qui entourent le pied dans cette figure. Alors les muscles artificiels D, E, F, V, sont tendus et fixés au cercle supérieur G, en passant les boutons rivés sur ce dernier dans les trous de leurs courroies.

Mes expériences sur la prothèse musculaire physiologique des membres inférieurs ont été faites en grande partie dans des cas de paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. J'ai procédé alors différemment suivant la période de la maladie. La plupart des jeunes sujets m'ont été adressés à une période assez avancée de leur affection musculaire. Quand j'ai eu à les traiter au début ou à une époque voisine du début, c'est-à-dire à un moment où la paralysie régnait encore dans les muscles moteurs du pied ; lorsque par l'exploration électro-musculaire il m'a été démontré que certains muscles devaient s'atrophier ou étaient menacés de se transformer en graisse, j'ai fait appliquer immédiatement l'appareil représenté dans la figure 4, en limitant la course de l'étrier pour laisser peu de jeu au mouvement d'extension ou de flexion du pied, puis j'ai tendu tous les muscles artificiels de manière à obtenir l'équilibre des forces toniques qui maintiennent la forme normale du pied. Cet appareil, dont le but principal est d'aider à la marche et de contenir solidement le pied, n'est appliqué que le jour. C'est aussi un appareil d'attente ; car aussitôt que les muscles qui ont été moins lésés dans leur innervation commencent à recouvrer leur motilité et leur force tonique, je tends davantage les muscles artificiels, destinés à suppléer leurs antagonistes paralysés, afin de prévenir les déformations partielles qui, sans cette équilibration des forces, seraient infailliblement produites, à la longue.

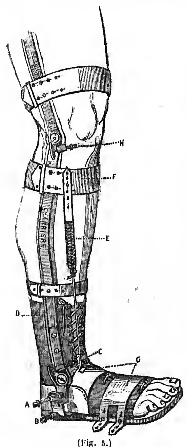
Il arrive un moment où la paralysie se localise, en d'autres termes, où un certain nombre de muscles ont recouvré complétement leur motilité et leur force; alors la prothèse musculaire doit être modifiée suivant les cas particuliers. Je vais exposer brièvement, dans les paragraphes suivants, les dispositions particulières, réclamées par l'affaiblissement de chacun des muscles de la jambe.

Prothèse du triceps sural. — A. *Appareil de nuit.* — Sitôt que la paralysie du triceps sural (jumeaux et solaire) est diagnostiquée, on doit se hâter de prévenir, à l'aide de moyens prothétiques, la chute progressive du talon (le talus) et les déformations articulaires qui en sont la conséquence. Le triceps sural artificiel remplit parfaitement cette indication, parce qu'il produit à la fois l'extension dans l'articulation tibio-astragalienne et l'adduction dans l'articulation calcanéo-astragalienne. Dans ce but, on fixe l'extrémité inférieure de ce muscle artificiel à une guêtre et au niveau de la terminaison du tendon d'Achille, puis on attache son extrémité supérieure à une molletière. Ensuite on donne au muscle artificiel un degré de tension suffisant pour maintenir le pied étendu pendant le repos musculaire. On peut remplacer la guêtre par une légère sandale au talon de laquelle serait attaché le muscle artificiel.

Si l'emploi de la molletière et de son cuissard contentif était contre-indiqué, on appliquerait l'appareil représenté dans la figure 5. Cet appareil, que j'ai fait construire par M. Charrière, présente des dispositions nouvelles qui méritent d'être décrites.

Il se compose d'un tuteur métallique placé en dehors, terminé en haut par un cercle métallique comme dans l'appareil 4, et réuni au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, avec un étrier qui peut être incliné en dedans, au moyen d'une vis de pression A, appelée marteau, et d'une charnière placée au niveau

de l'articulation calcanéo-astragalienne. Une planchette, sur laquelle le pied est maintenu par deux courroies B, C, est fixée à l'étrier ; on peut la faire pivoter de dehors en dedans par la vis de pression B. Si l'on a bien présent à l'esprit le mécanisme du mouvement d'adduction de l'articulation calcanéo-astragalienne, on comprendra que cet appareil peut imiter parfaitement le mouvement d'adduction naturel, au moyen des mouvements combinés de flexion latérale et de rotation de l'arrière-pied sur l'axe de la jambe, mouvements que l'on règle avec les vis de pression A, B [1]. Lorsque le pied est placé en adduction, comme je viens de le dire, on le maintient dans l'extension à l'aide du triceps sural artificiel, attaché, d'une part, à l'extrémité postérieure de la planchette et, de l'autre, à la postérieure du cercle F.



(Fig. 5.)

Lorsque la paralysie du triceps sural n'est pas récente et que cependant on a quelque espoir de rappeler les mouvements et la nutrition dans ce muscle, les moyens prothétiques que je viens de décrire peuvent être encore utiles, si le pied n'est pas très-déformé. La tension du muscle artificiel doit être alors plus forte. Non-seulement cet appareil peut alors relever le talon, mais il favorise encore la guérison par la faradisation, en plaçant ce muscle dans le raccourcissement. Mais si ce dernier ne donne plus de signe d'existence, s'il est gras et que le talus pied creux, consécutif à sa destruction, soit arrivé à son plus haut degré, est-il besoin de dire que toute tentative de réduction serait impuissante à donner un résultat heureux ?

B. — *Appareil de jour.* — Le triceps sural artificiel à force élastique ne peut, dans aucun cas, et même au début de cette paralysie, aider la marche ou la station ; c'est qu'il lui faudrait alors une force au moins égale au poids du corps, force qui maintiendrait le pied dans une extension continue. En voici la preuve.

Obs. I. J'ai observé chez un adulte une paralysie atrophique des jumeaux, consécutive à une névralgie ou plutôt à une névrite sciatique datant de plusieurs années. Le solaire intact se contractait avec une force de

[1] On peut produire avec un mécanisme analogue placé du côté opposé les mouvements composés qui produisent l'abduction, comme dans la nature.

22 kilos. Le sujet ne pouvait se tenir sur la pointe du pied. Pendant la marche le membre malade reposait seulement sur le talon, et le mouvement d'oscillation en avant du premier temps de la marche n'avait pas lieu. Il en résultait une claudication semblable à celle qui est produite par une jambe artificielle.

J'ai recueilli un autre cas analogue au précédent, chez un enfant âgé de cinq ans dont l'extension du pied sur la jambe ne se faisait plus qu'avec un des jumeaux. Son pied, comme dans le cas précédent, était infléchi fortement sur la jambe, quand il essayait de se tenir sur sa pointe, et il me fallut, pour empêcher alors cette inflexion, employer un triceps artificiel dont la puissance égalait le poids du corps. Cette puissance l'emportait de beaucoup sur la force tonique des fléchisseurs, de sorte que, si le membre inférieur ne reposait pas sur le sol, le pied restait dans une extension continue, et conséquemment buttait contre le sol pendant l'oscillation du second temps de la marche. J'équilibrai alors les forces avec un fléchisseur artificiel, égal en puissance à l'extenseur, et de manière que, pendant le repos musculaire, le pied était maintenu fléchi à angle droit. Le petit malade pouvait facilement fléchir son pied au delà de cet angle droit avec ses muscles sains. Cet appareil aidait singulièrement sa marche et donnait alors un peu d'impulsion en avant.

Mais on conçoit qu'il est difficilement applicable et même inapplicable, lorsque le poids du corps est plus considérable, par exemple, chez les adultes, parce que cela nécessiterait l'emploi de ressorts de la force de 40 à 50 kilos, plus difficiles à construire et à placer. Dans ces cas, j'ai employé un appareil rigide c'est-à-dire dont la flexion de l'étrier B (fig. 4), était limitée de manière à ne pas dépasser l'angle droit.

Prothèse du long péronier latéral. — A. *Appareil de nuit.* — La physiologie et la pathologie du long péronier latéral ayant été complétement ignorées jusqu'en ces derniers temps, on conçoit que la prothèse de ce muscle ait dû être également négligée. Ce n'est pas que l'orthopédie n'ait absolument rien tenté contre la déformation produite par sa paralysie ou sa faiblesse congénitale, contre le pied plat. Mais, comme on n'y voyait qu'un vice de conformation purement osseux, on s'était ingénié à former une voûte plantaire en exerçant une compression sur la partie moyenne de la face plantaire du pied, à l'aide d'une semelle à convexité supérieure. Tout le monde comprend qu'un appareil semblable, qu'il fallait faire porter pendant une année et plus, devait aggraver les accidents inhérents au pied plat, et qui sont occasionnés par la compression des nerfs plantaires, à savoir, de l'engourdissement, des fourmillements, des douleurs dans le pied et surtout à la plante du pied. Et puis, lorsque ce supplice avait été supporté assez longtemps pour atteindre un résultat, ce n'était pas une voûte plantaire que l'on avait produite alors, c'est-à-dire l'abaissement normal de la saillie sous-métatarsienne résultant d'une série de petits mouvements articulaires du bord interne de l'avant-pied, mais c'était un vrai pied creux par inflexion dans l'articulation médio-tarsienne de l'avant-pied sur l'arrière-pied, de telle sorte que le bord externe du pied, qui à l'état normal est rectiligne, décrivait, comme son bord interne, une courbe à concavité inférieure. A une difformité du pied, on avait donc substitué une autre difformité.

Depuis que nous savons qu'une force unique (le long péronier latéral), agissant de dehors en dedans et de haut en bas sur un point déterminé (sur la partie inférieure et postérieure du premier métatarsien, et un peu sur la partie voisine du premier cunéiforme), produit les mouvements articulaires composés d'où résulte la voûte plantaire, rien n'est plus facile que d'imiter la nature,

en attachant sur la guêtre, au niveau de l'articulation du premier métatarsien, avec le premier cunéiforme, un tendon artificiel qui suit la direction du long péronier latéral (voy. C, fig. 2), passe derrière la malléole externe et s'attache à la partie externe ou de la molletière (voy. D, fig. 3) ou de l'appareil à tuteurs métalliques (voy. F, fig. 4).

Le long péronier artificiel que je viens de décrire hâte considérablement le rétablissement ou la formation de la voûte plantaire que l'on n'obtient qu'à la longue par la faradisation du long péronier latéral, paralysé ou affaibli. J'ai rapporté précédemment des cas de guérison du pied plat valgus douloureux par la faradisation localisée du long péronier. La voûte plantaire s'est développée seulement sous l'influence du retour de la force de ce muscle. Je n'avais pas employé concurremment la prothèse musculaire, pour mieux démontrer l'efficacité du traitement électrique et afin de prouver que le pied plat était causé par le défaut d'action du long péronier. Mais il ne m'a pas fallu moins de cinq à dix mois pour obtenir le développement complet de la voûte plantaire, tandis quej'aurais, dans ces cas de pied plat accidentel, formé cette voûte plantaire en moins d'un mois avec le long péronier artificiel. C'est surtout dans le traitement du pied plat congénital, et lorsque le sujet n'est pas très-jeune, que le concours de la prothèse du long péronier latéral est utile, sinon nécessaire. Dans ce cas, les ligaments dorsaux des articulations du bord interne de l'avant-pied sont tellement rétractés, qu'ils laissent très-peu de jeu à ces articulations et opposent une grande résistance à l'action du long péronier naturel ou artificiel.

Depuis près de deux ans je faradise plusieurs pieds plats douloureux congénitaux ; les douleurs et la fatigue produites par la station et la marche ont disparu depuis longtemps. Mais la courbe de la voûte plantaire, qui aujourd'hui s'est formée très-notablement sous l'influence de l'augmentation de la force tonique du long péronier, se développe avec une lenteur désespérante, précisément à cause de cette résistance ligamenteuse que je viens de signaler. Si je n'avais point eu à juger expérimentalement la valeur réelle de la faradisation du long péronier appliquée isolément au traitement du pied plat congénital, j'aurais certainement obtenu depuis longtemps déjà, dans les cas dont il vient d'être question, le développement complet de la voûte plantaire avec le concours du long péronier latéral artificiel.

A. *Appareil de jour.* — Aujourd'hui que l'expérimentation électro-physiologique et l'observation pathologique ont mis en lumière le rôle important rempli par le long péronier latéral pendant la marche et la station, est-il besoin de dire que la prothèse du long péronier latéral ne peut avoir qu'une importance secondaire dans le traitement de la paralysie de ce muscle? A quoi servirait-il, en effet, d'avoir développé par ce procédé mécanique la plus belle voûte plantaire chez un sujet affecté d'un pied plat consécutif à la paralysie du long péronier latéral, si cette paralysie n'était pas guérie? Tout le monde doit savoir que pendant la station et la marche le membre inférieur n'en appuierait pas moins sur le bord externe de l'avant-pied, et qu'un valgus douloureux en serait la conséquence forcée. J'ai voulu en avoir la preuve expérimentale, dans le cas suivant.

Obs. II. Dans un cas de pied plat valgus douloureux, chez un sujet de huit ans que les parents n'avaient pas voulu laisser traiter par la faradisation, j'ai appliqué un long péronier latéral artificiel qui en six semaines avait formé une voûte plantaire. Cependant la station et la marche n'en provoquaient pas moins de douleur et de fatigue qu'auparavant. Alors la faradisation du long péronier fit disparaître assez rapidement, comme dans les cas analogues dont j'ai rapporté

plusieurs exemples, les douleurs et la fatigue provoquées dans le pied par la station et la marche.

Le long péronier latéral artificiel ne peut servir qu'à conserver au pied sa forme anormale ou à en développer la voûte plantaire, lorsque le pied est plat. Il n'aide aucunement la marche, parce qu'il faudrait pour cela, comme pour le triceps sural artificiel, que sa puissance fût assez grande pour porter le poids du corps. En conséquence, lorsque la paralysie ou l'atrophie du long péronier latéral est incurable, lorsque l'on ne peut rétablir sa fonction par la faradisation, un appareil orthopédique rigide qui empêche le renversement du pied en dehors, est alors le seul qui puisse rendre la marche et la station indolentes et possibles, car il prévient les foulures ou les entorses qui sont produites pendant la marche, par le faux point d'appui sur le bord externe du pied, consécutivement à la paralysie du long péronier latéral.

Prothèse du jambier antérieur. — A. *Appareil de nuit.* — J'ai dit que le jambier antérieur est le plus puissant des muscles fléchisseurs de la région antérieure de la jambe, en raison de la quantité plus grande de ses fibres et de son point d'attache inférieur ; conséquemment il est l'antagoniste du triceps sural, en même temps qu'il modère l'action exagérée du long péronier latéral.

On doit donc prévoir que la paralysie et surtout l'atrophie du jambier antérieur sont nécessairement suivies de la contracture de ses antagonistes : le triceps sural et le long péronier latéral. C'est ce qui est arrivé à la longue, chez de nombreux enfants dont le jambier antérieur avait été atteint de paralysie atrophique graisseuse. J'ai remarqué dans ce cas, que pendant le sommeil le pied du côté malade est plus étendu que du côté sain, que la voûte plantaire s'exagère, que le triceps sural se rétracte progressivement jusqu'à nécessiter ou l'emploi d'appareils orthopédiques à contre-extension ou à un plus haut degré la ténotomie. Il est donc indiqué dès le début de la paralysie ou de l'atrophie de ce muscle de maintenir le pied dans la demi-flexion continue pendant la nuit, afin de prévenir ce pied creux et cet équinisme. On doit aussi placer en même temps le pied dans l'adduction pour les raisons suivantes : on se rappelle les troubles fonctionnels occasionnés pendant l'oscillation du membre inférieur d'arrière en avant, consécutivement à la paralysie du jambier antérieur, et l'on sait que le fait de la flexion abductrice qui se produit dans ce cas est produit par l'attitude que conserve alors le pied pendant que le corps repose sur ce dernier, l'articulation calcanéo-astragalienne se déforme dans le sens de l'abduction. C'est pour combattre ou empêcher ces déformations que je conseille de donner au pied, dans ce cas, l'attitude du varus et de la flexion.

Le jambier antérieur artificiel à force élastique (voy. A, A', fig. 1 et 3) remplit parfaitement cette double indication. Mais lorsque l'équin existe déjà même au premier degré (c'est ce que j'ai observé le plus fréquemment chez les enfants qui m'ont été présentés six mois, un an et plus après le début), le jambier antérieur artificiel élastique est insuffisant. J'ai dû dans ce cas appliquer consécutivement avec le muscle artificiel les appareils rigides employés généralement en orthopédie contre l'équinisme, ou bien j'ai fait pratiquer la section du tendon d'Achille, lorsque la flexion graduelle par l'appareil rigide ne pouvait vaincre la contracture du triceps sural. Je dirai en passant que l'on ne doit pas trop retarder la ténotomie dans l'équin, parce qu'il forme alors un pied creux incurable.

Après la réduction de l'équin on revient à la prothèse du jambier antérieur, exposée ci-dessus, pour prévenir le retour de l'équin.

B. *Appareil de jour.* — Lorsque le triceps sural ne fait pas obstacle par sa contracture à la flexion du pied sur la jambe, cette flexion a lieu avec un mouvement d'abduction du pied, produit dans l'articulation calcanéo-astragalienne sous l'influence du long extenseur des orteils (fléchisseur abducteur). Or, au moment de l'oscillation du membre inférieur en avant, le pied qui, après la paralysie du jambier antérieur, se trouve dans la flexion abductrice, reste dans cette attitude pendant qu'il repose sur le sol. Il en résulte qu'à la longue l'articulatiuu calcanéo-astragalienne se déforme considérablement dans le sens du valgus, au point que la malléole interne touche quelquefois le sol pendant la marche et la station. Il importe d'empêcher pendant la marche ce mouvement pathologique et cette déformation de l'articulation calcanéo-astragalienne. Pour cela je place le pied recouvert d'une guêtre dans l'appareil à tuteurs métalliques, dont le mouvement de flexion est limité de manière à ne pas dépasser l'angle droit; puis, lorsque la chaussure recouvre l'étrier et la guêtre, je tends le jambier artificiel jusqu'à ce que le pied soit maintenu fléchi à angle droit sur la jambe pendant le repos musculaire. Cet appareil produit pendant la marche la flexion droite du pied sur la jambe et concourt avec l'appareil de nuit à prévenir la déformation du pied.

Lorsqu'il existe un léger degré d'équinisme, j'applique le même appareil de jour dont l'étrier fixé maintient le pied fléchi à angle droit d'une manière continue, et la force du jambier artificiel est équilibrée pour neutraliser la prédominance tonique du jambier antérieur. Enfin, lorsque la contracture du triceps sural a été guérie par l'appareil de nuit à contre-extension, on rend à l'appareil de jour la liberté de l'extension du pied.

Prothèse du long extenseur des orteils. — Les considérations qui ont été exposées dans le paragraphe précédent et qui ont trait à la prothèse musculaire, destinée à prévenir ou à combattre la contracture du triceps sural et la déformation du pied, consécutivement à la paralysie et à l'atrophie du jambier antérieur, sont applicables, en partie, à la paralysie et à l'atrophie du long extenseur des orteils.

On sait, en effet : 1° que dans cette dernière paralysie, la flexion du pied sur la jambe ne peut se faire sans que la plante du pied regarde en dedans sous l'influence de l'action isolée du jambier antérieur ; que le pied repose alors sur son bord externe après l'oscillation du second temps de la marche ; 2° que, consécutivement à cette paralysie, il se produit aussi un équin, plus tardivement, il est vrai, qu'après la paralysie du jambier antérieur, parce que le long extenseur des orteils a beaucoup moins de fibres que le jambier antérieur, et parce que son action s'exerce plutôt sur l'articulation calcanéo-astragalienne que sur l'articulation tibio-tarsienne ; 3° que l'avant-pied se subluxe de haut en bas et de dehors en dedans, dans l'articulation médio-tarsienne, quand il n'est plus retenu par le long extenseur des orteils qui peut être considéré comme un ligament dorsal actif de cette articulation. Il est donc inutile d'insister plus longtemps sur les indications différentes que l'on a à remplir dans l'application du long extenseur des orteils artificiels et sur les modifications que l'on doit faire subir aux appareils de nuit ou de jour, lorsqu'il existe un équin ou une altération de l'articulation calcanéo-astragalienne, consécutivement à la paralysie du long extenseur des orteils

Je dirai seulement comment j'ai construit ce fléchisseur abducteur artificiel du pied sur la jambe. Négligeant l'action sur les orteils du muscle auquel j'essaye de suppléer par la prothèse, j'attache à la guêtre les tendons artificiels et

au niveau des têtes des quatre derniers métatarsiens et de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien (V B', fig. 2 et D, fig. 4) (ce dernier tendon imitant le péronier antérieur que l'on doit considérer comme une dépendance du long extenseur des orteils, ainsi que je l'ai démontré). Je fais ensuite passer ces tendons artificiels dans une coulisse (E', fig. 4) placée au niveau de la partie inférieure et externe de la face antérieure de la jambe et les réunis dans un anneau qui est attaché au muscle artificiel à ressort métallique à spiral (B, fig. 3, et D, fig. 4) qui lui-même est fixé à la molletière (fig. 3) ou à l'appareil à tuteurs (fig. 4), dans le point corespondant à l'attache supérieure du jambier antérieur. La moindre traction exercée sur ce muscle artificiel produit la flexion abductrice du pied.

Prothèse du court péronier latéral et du jambier postérieur. — La paralysie partielle du court péronier ou du jambier postérieur ne nécessite pas l'application de la prothèse de ces muscles. Il suffit dans ces cas d'une bottine un peu rigide pour maintenir solidement le pied latéralement et l'empêcher de se renverser en dedans ou en dehors pendant la marche et la station, comme cela doit arriver fréquemment.

La paralysie du court péronier et celle du jambier postérieur aggravent considérablement les mouvements pathologiques que l'on observe dans l'articulation calcanéo-astragalienne consécutivement à la paralysie du long extenseur des orteils et du jambier antérieur.

Dans ces cas, le concours de la prothèse du court péronier ou du jambier antérieur est très-efficace.

Voici maintenant la description de ces muscles artificiels. Le court péronier latéral (D', fig. 3, et G, fig. 4) est attaché inférieurement sur la guêtre, au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, glisse à travers deux coulisses, derrière la malléole externe, et se termine par un anneau dans lequel passe l'agrafe du ressort (D, fig. 3, et F, fig. 4), qui se fixe à la molletière (fig. 2), ou à l'appareil à tuteurs métalliques (fig. 4).

Le tendon artificiel du jambier postérieur, au niveau de l'extrémité postérieure et interne du premier métatarsien (F', fig. 1), passe dans une coulisse située à l'extrémité inférieure et interne de la face antérieure de la jambe, se rattache au ressort (F, fig. 1, 4, 5), et se fixe supérieurement à la molletière (fig. 1) ou à l'appareil à tuteurs métalliques (fig. 4).

Ces muscles artificiels agissent presque aussi exactement que les muscles qu'ils remplacent.

La division de cet article en autant de paragraphes qu'il peut y avoir de paralysies partielles, division que j'ai adoptée pour la description méthodique de la prothèse musculaire, semblerait indiquer que les paragraphes des muscles moteurs du pied sur la jambe se présentent dans la pratique toujours d'une manière aussi partielle. C'est cependant ce que l'on n'observe pas le plus ordinairement. Ainsi, par exemple, dans les paralysies traumatiques, tous les muscles ou un plus ou moins grand nombre des muscles animés par un tronc nerveux (soit le sciatique poplité externe, soit le sciatique poplité interne) sont atteints simultanément au même degré et à des degrés divers; dans la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, un grand nombre de muscles moteurs du pied sur la jambe sont souvent lésés inégalement. On conçoit que la prothèse musculaire est bien moins simple dans un cas que lorsque la paralysie est parfaitement limitée, comme je l'ai supposé dans les paragraphes précédents. Il faut alors toute l'ingéniosité du chirurgien pour combiner, suivant les cas particuliers

les différents muscles artificiels que je viens de décrire. J'aurais désiré exposer ici, comme exemple, les différentes combinaisons de prothèse musculaire que j'ai faites dans un grand nombre de paralysies complexes des muscles moteurs du pied, mais les limites dans lesquelles je dois me renfermer ne me le permettent pas.

Le corps médical de Paris et la rédaction du *Bulletin de Thérapeutique*, en particulier, viennent de faire une perte des plus regrettables : notre collaborateur et ami M. Aran a succombé, il y a quelques jours, à un rhumatisme généralisé, qui s'est compliqué d'accidents cérébraux. C'est un nom distingué que nous avons à ajouter au long nécrologe de ce recueil : Miquel, Réveillé-Parise, Martin-Solon, Soubeiran, Valleix. M. Aran entrait dans sa quarante-quatrième année ; il est donc le plus jeune d'entre eux et, comme Valleix, il succombe au moment où il commençait à recueillir les fruits de son opiniâtre labeur. Par une disposition expresse de son testament, son corps a été transporté à Bordeaux, sa ville natale, et inhumé dans le caveau de sa famille, sans pompe et sans discours officiel. Nous rappellerons un jour ceux des travaux d'Aran qui permettront d'inscrire son nom dans l'histoire de la science ; aujourd'hui il nous est possible seulement de nous faire l'interprète des regrets profonds que sa mort inopinée fait éprouver aux nombreux amis que lui avaient conquis les solides qualités de son cœur.

Par arrêté du 5 de ce mois, la clôture du registre d'inscription des Facultés pour le premier trimestre de l'année classique est de nouveau fixée au 15 novembre, époque de l'ouverture des cours. Les jeunes gens qui n'auraient obtenu le diplôme de bachelier que dans la session de novembre seront exceptionnellement admis à prendre leur première inscription jusqu'au 20 novembre inclusivement.

Par arrêté du même jour, M. Sappey, chef des travaux anatomiques, agrégé hors cadre, est rappelé à l'activité comme agrégé dans la section des sciences anatomiques et physiologiques, en remplacement de M. Rouget, nommé professeur à Montpellier.

La Société médicale d'Amiens, dans la séance publique annuelle de 1861, décernera une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur « Du meilleur traité élémentaire sur l'hygiène des campagnes. » — *Nota.* Indiquer les mesures générales qui pourraient être prises dans l'intérêt de cette hygiène par les autorités communales et départementales. — Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale. — Une ou plusieurs mentions honorables seront accordées. — Les mémoires devront être adressés *franco* et suivant les formes académiques, avant le 30 juin 1861, au secrétaire de la Société, rue du Cloître-Notre-Dame, 12.

Le *Traité d'hygiène navale* de M. Fonssagrives vient, d'après l'ordre du gouvernement russe, d'être traduit par un Comité que présidait l'inspecteur-général du service de santé de la marine, à Cronstadt. Notre confrère a reçu, à cette occasion, la croix de Saint-Stanislas.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Efficacité de la morphine à haute dose dans quelques maladies graves (dyssenterie, colique hépatique).

Par M. le professeur Forget (de Strasbourg).

« L'élément *dose* est certainement un des points les plus importants dans la pratique ; c'est par la dose, en effet, qu'un médicament est efficace, inerte ou nuisible. » Ainsi disais-je, avec tous les praticiens, dans mes *Principes de thérapeutique* (p. 138) ; et j'ajoutais que les médecins pèchent plus souvent par défaut que par excès, par timidité que par témérité. Cela provient de plusieurs causes : d'abord, de notre servile condescendance à l'égard des malades, dont nous respectons trop les préjugés, les répugnances et l'inconstance ; puis, de notre manque de convictions, motivé sur nos déceptions journalières ; enfin des vaines terreurs que nous inspirent naturellement les remèdes actifs. Il en résulte que nous condamnons certains médicaments sans les entendre, c'est-à-dire sans les expérimenter dans les conditions voulues par la théorie et par la pratique, et cela parce que nous manquons de principes solides, pervertis que nous sommes par un aveugle empirisme, sans parler des infimes suggestions de l'intérêt personnel.

Or, parmi ces principes tant conspués, il en est deux que nous voulons expressément rappeler ici, en tant qu'ils sont la base d'une pratique heureuse :

1° Les remèdes méritent d'autant plus de confiance qu'ils sont plus rationnels, c'est-à-dire plus conformes, *à priori*, à la nature des éléments qu'ils sont destinés à combattre. De sorte qu'on ne doit renoncer à leur emploi que lorsque leur inefficacité est bien et dûment avérée. Ce dogme est d'Hippocrate lui-même, qui dit formellement : « Ne changez pas de remèdes tant que la même indication persiste. » Or, la même indication cesse d'exister quand l'inertie du remède rationnel est expérimentalement bien constatée.

2° Lorsqu'un remède révèle son activité par des phénomènes primitifs ou physiologiques qui lui sont propres, insistez sur son emploi jusqu'à ce que ces phénomènes se manifestent, si vous voulez avoir la certitude que le remède a produit toute son action, d'autant mieux que l'effet primitif ou physiologique est souvent la condition essentielle de l'effet secondaire ou thérapeutique.

Ce dernier principe s'applique surtout à l'opium employé comme sédatif, la sédation étant tout à la fois l'effet physiologique et le but

thérapeutique. De quel droit accusez-vous ce médicament, alors que, par insouciance ou pusillanimité, vous le suspendez avant qu'il ait produit son effet calmant ou narcotique? Mais nous avons longuement développé ailleurs cette thèse, en faveur de laquelle nous nous bornons à rapporter ici de nouveaux exemples, dans le but de prémunir, d'aguerrir les praticiens contre les préjugés et les erreurs qui ont cours à l'encontre d'un de nos médicaments les plus héroïques et les plus salutaires.

Dyssenterie grave guérie rapidement par la morphine à haute dose. — Un homme de quarante ans, de forte constitution, de tempérament sanguin-lymphatique, est pris de diarrhée dans les derniers jours de septembre 1860. Appelé le cinquième jour, je constate : selles fréquentes, muqueuses et sanguinolentes, ténesme, coliques. Langue blanchâtre, anorexie, abdomen sensible à la pression. Mouvement fébrile. — Diète, tisane de riz, deux quarts de lavement avec 10 gouttes de laudanum, cataplasme laudanisé sur l'abdomen.

Sixième jour, point d'amélioration. *Ut supra*, plus 15 ventouses scarifiées sur l'abdomen, bain prolongé.

Septième jour, même état, ténesme rectal plus fréquent, accompagné de ténesme vésical avec urines brûlantes. Le cas me paraît grave. Ayant à choisir entre les nombreux moyens actuellement préconisés contre la dyssenterie, j'ai voulu, avant d'y recourir, tenter la médication qui me paraît la plus rationnelle, eu égard aux éléments douleur, spasme et diarrhée qui caractérisent la dyssenterie. Je prescris les pilules suivantes :

Pr. Chlorhydrate de morphine........	5 centigrammes.
Extrait de réglisse...............	1 gramme.

Mêlez exactement, divisez en 10 pilules, à prendre toutes les demi-heures, jusqu'à cessation des coliques et du ténesme ou production de somnolence. Suspension des autres remèdes.

A la cinquième pilule, les coliques, le ténesme et les selles ont cessé, sans symptômes narcotiques. Je prescris le soir une sixième pilule pour la nuit.

Le lendemain (huitième jour), nuit paisible, point de douleurs ni de selles depuis la veille. Orgeat, crème de riz pour aliments. Dans la journée, légères coliques sans ténesme ni selles. 1 pilule le soir.

Depuis lors, la dyssenterie n'a plus reparu. Les lavements simples sont devenus nécessaires pour ramener les selles. Le repos, les délayants, un régime léger ont confirmé la convalescence.

Ainsi, voilà une dyssenterie traitée pendant six jours par les moyens ordinaires, affectant alors une forme grave, laquelle présageait de la résistance et de la durée. Or, cette dyssenterie est supprimée subitement par 25 milligrammes de sel de morphine, équivalant à 15 centigrammes d'extrait d'opium, administrés dans l'espace de deux heures. Plus, 2 pilules administrées ensuite préventivement.

Il me serait impossible d'admettre qu'il y ait eu là simple coïncidence, la maladie étant au *summum* et la suppression ayant été immédiate. Certes, je ne prétends pas que les choses se passeraient toujours aussi heureusement, mais le fait est à noter; puis il s'agit d'une manière d'administrer l'opium tout à fait insolite, quant à la dose.

Ce fait permet de concevoir pourquoi l'opium jouit aujourd'hui de peu de crédit dans le traitement de la dyssenterie : c'est qu'il est mal appliqué, c'est-à-dire qu'on en use avec crainte et défiance, à des doses impuissantes, sans proportion avec la gravité et la résistance du mal. On comprend facilement aussi que ce traitement ne peut avoir de succès aussi prompt que lorsque la maladie est récente, lorsque l'ulcération, la désorganisation de la muqueuse du gros intestin n'est pas consommée, c'est-à-dire dans le premier septenaire. La dose absolue ne saurait être déterminée : elle est relative à la susceptibilité individuelle, à la résistance du mal, etc. Elle a pour limites naturelles la cessation des accidents ou la somnolence, laquelle, du reste, suppose généralement la sédation de la douleur. Il faut savoir que dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, la tolérance atteint des limites très-étendues. Il n'est pas rare de voir des malades absorber de 5 à 10 centigrammes de sel de morphine, équivalant à 25 et 50 centigrammes d'extrait d'opium, en quelques heures, sans éprouver le besoin de sommeil. Loin de redouter la somnolence, il faut la provoquer et souvent il convient de l'entretenir, au lieu de la combattre. Le fait suivant s'est présenté à mon observation en même temps que le précédent.

Coliques hépatiques violentes, tumeur abdominale volumineuse, dissipées promptement par la morphine à haute dose et les saignées locales. — Une femme de cinquante-cinq ans, de belle et forte constitution, ayant cessé d'être réglée depuis six ans, est sujette, depuis sa jeunesse, à de fréquents dérangements du ventre, à des attaques de névralgie de siége divers, mais occupant fréquemment la région de l'estomac. Elle a souvent des insomnies; ses urines sont fréquemment troubles et déposent de l'acide urique. Néan-

moins, tous ces accidents n'ont point altéré sa fraîcheur et son embonpoint.

Dans les derniers jours de septembre 1860, elle a ressenti des douleurs vagues occupant le dos, l'abdomen et les membres abdominaux. Le 1er octobre, ces douleurs ont pris tout à coup une intensité considérable : la malade se tord en gémissant, elle cherche vainement une position qui la soulage. Les douleurs continuent avec redoublements occupant la base du thorax, la région dorsale, se répartissent dans l'abdomen et s'étendent jusqu'aux cuisses. La palpation du ventre est empêchée par les douleurs qu'elle provoque, mais la malade accuse un gonflement dans le flanc droit, où l'on perçoit vaguement une tumeur profonde, étendue, mal circonscrite et très-sensible à la pression. Langue blanche, nausées, quelques vomissements glaireux. Constipation. Les lavements amènent quelques matières grisâtres. Urines rares, foncées en couleur. Point de fièvre, point d'ictère.

Ne pouvant me rendre exactement compte de la nature de ces accidents qui pouvaient dépendre d'une altération ou du tube digestif, ou des reins, ou du foie, je pris en considération les éléments dominants : douleur et engorgement, quel que fût leur siége. 20 ventouses scarifiées sur l'abdomen, bain prolongé, cataplasmes et lavements laudanisés, boissons délayantes.

Le lendemain, nuit mauvaise ; les douleurs vives et incessantes persistent, rayonnant toujours du flanc droit ; la malade implore du soulagement. Je prescris alors le chlorhydrate de morphine, comme dans l'observation précédente : à savoir, 10 pilules contenant chacune 5 milligrammes (1/2 centigramme) de sel morphinique, à prendre par demi-heure, jusqu'à soulagement ou somnolence. De ce moment, les douleurs vont en diminuant ; à la septième pilule, elles avaient cessé, sans production de somnolence.

Le troisième jour, la nuit a été calme. Cependant, l'abdomen est encore douloureux à la pression ; mais la palpation permet d'y percevoir une tumeur assez étendue, mal circonscrite, paraissant se continuer avec le foie et offrant, au-dessous des fausses côtes, comme une pointe obtuse, lisse, superficielle, que je crois être le fond de la vésicule biliaire. Point d'ictère, constipation, urines non ictériques. 1 pilule de morphine matin et soir, 20 sangsues sur l'abdomen. Une des piqûres fournit un jet saccadé que nous parvenons à supprimer au moyen des serres fines (de Vidal). La perte sanguine a été très-abondante. Les lavements ne procurent que des matières fécales, arrondies, consistantes, grisâtres, du volume

d'un pois. Les urines deviennent sédimenteuses ; point de fièvre.

Le quatrième jour, convalescence confirmée. L'engorgement abdominal a diminué, on ne perçoit plus la pointe obtuse, il ne reste qu'un peu d'hypertrophie indolente du foie qui dépasse les fausses côtes de 6 centimètres. Il se produit spontanément plusieurs petites selles de bile pure, rougeâtre, brûlantes au passage ; nous n'y trouvons pas de corps étrangers. Orgeat, lavements, onctions d'axonge sur l'abdomen, régime léger. Guérison, sauf la persistance d'un peu d'hypertrophie du foie.

Ici, nous voyons encore une affection très-douloureuse, de cause obscure, attaquée à son *summum*, le deuxième jour, et dissipée immédiatement au moyen de la morphine, dont 7 pilules de 5 milligrammes, équivalant à 20 centigrammes d'extrait thébaïque, ont été prises dans l'espace de trois heures. Ici le diagnostic précis importe peu, c'est l'effet thérapeutique qui nous intéresse, c'est-à-dire la morphine à haute dose, appliquée avec succès à l'élément douleur intense et persistante. Cependant, il est bon de savoir que nous croyons bien avoir eu affaire à une colique hépatique avec hypertrophie du foie et distension de la vésicule biliaire, due probablement à des calculs biliaires. Il est vrai qu'il n'y a pas eu d'ictère et que nous n'avons pas trouvé de calculs dans les selles ; mais la physionomie du mal, les résultats de la palpation et les selles bilieuses, comme critiques, rendent cette supposition bien plus probable que celle d'une colique néphrétique, d'une entérite, d'une péritonite, ou même d'une simple névralgie hépatique. On a prétendu dernièrement que toutes les coliques hépatiques sont des névralgies où les calculs biliaires ne sont pour rien. C'est là une de ces énormités dont notre époque serait moins prodigue, si la critique s'exerçait avec plus de sévérité. On a aussi parlé de certaine éclampsie produite par les coliques hépatiques, comme d'une nouveauté remarquable. Cependant nous ne trouvons pas étonnant que le spasme, celui du membre pelvien droit en particulier, accompagne les vives douleurs du flanc droit, et notre malade a présenté quelque chose de semblable que nous n'avons pas cru mériter d'être spécialement signalé.

Nous possédons aujourd'hui quatre faits analogues au précédent, dont un est consigné dans notre *Clinique de l'opium* (*Bulletin de Thérapeutique*), où l'opium a produit les mêmes effets favorables, à la promptitude près, subordonnée à l'énergie de la médication.

Nous ne saurions que reproduire ici les considérations émises au

sujet de l'observation précédente, à savoir, qu'on se plaindrait moins de l'impuissance de l'opium dans la colique hépatique, si l'on se décidait à l'employer avec plus de résolution. Notre femme ainsi que notre homme avaient pris le laudanum à dose classique, sans en éprouver d'effet sensible, et, si nous en étions resté là, nous pourrions faire chorus avec les adversaires de l'opium. Mais la fermeté de nos convictions nous a fait franchir les limites vulgaires, et, en vérité, il n'y a aucun mérite à cela, car on vient de voir itérativement que la morphine à haute dose, administrée comme nous l'avons fait, est chose non moins innocente que salutaire.

On s'est occupé, dans ces derniers temps, du traitement de la colique hépatique calculeuse. On a préconisé ceci, cela, et en dernier lieu, une potion imitée du remède de Durande, où la térébenthine est remplacée par l'huile de ricin. On a dit merveilles de cette nouvelle potion, mais, en conscience, que peut-on espérer de mieux que les résultats si prompts que nous venons de produire ? quoi de plus rationnel en même temps ? Je crois fort que, dans la potion susdite, l'éther, comme sédatif, a la meilleure part du succès. On a prétendu, en outre, que l'huile de ricin éthérée dissipe non-seulement les accès, mais encore la diathèse calculeuse elle-même ; bref, qu'elle guérit radicalement. A qui, mon Dieu, prétend-on faire accepter de pareilles imaginations ! Sur nos quatre malades, deux n'ont pas eu de récidive depuis dix et six ans ; j'ai perdu le troisième de vue et je ne sais pas ce qui adviendra de notre malade actuelle ; mais il ne me viendra jamais à l'idée qu'un remède quelconque, administré pendant quelques heures, ou même pendant quelques jours, puisse détruire une lithiase biliaire constitutionnelle, ou même fondre des calculs en réserve. A peine peut-on l'espérer des altérants les plus rationnels administrés pendant très-longtemps, de l'eau de Vichy, par exemple.

Nous avons entendu reprocher à l'opium de favoriser *peut-être* la stase des calculs. Je crois, au contraire, qu'en supprimant la douleur et le spasme, l'opium peut favoriser la dilatabilité des canaux, en même temps qu'il rend indolore la marche des calculs. Mais enfin, puisque l'empirisme est au pinacle, prenons le fait au point de vue purement empirique. Cherchez, je le veux bien, quelque chose de mieux, mais, en attendant, essayez des opiacés à haute dose, si vous voulez vous réconcilier avec eux et mériter la reconnaissance de vos malades.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des fractures du col du fémur, spécialement par l'emploi de la double gouttière de Bonnet (de Lyon).

Par M. le docteur R. PHILIPEAUX (de Lyon).

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, du traitement des fractures du col du fémur. Plusieurs chirurgiens, frappés de la difficulté que l'on éprouvait en se servant des appareils ordinaires pour maintenir immobiles les deux fragments osseux, en ont imaginé qui nous semblent satisfaire à toutes les indications que présente la cure de ces fractures.

Cependant, il faut que les travaux de ces auteurs aient peu fixé l'attention, puisque nous voyons un des praticiens les plus répandus de la capitale rejeter tous les appareils comme ne pouvant en aucune manière immobiliser les fragments osseux, proclamer hautement l'impéritie de l'art, et recommander de laisser à l'avenir les malades dans leurs lits, sans autre moyen contentif qu'une semelle capable d'empêcher le renversement du pied en dehors.

Si le but de ce mémoire n'est point d'annoncer de nouveaux travaux sur cette question, toujours pleine d'intérêt, il est du moins destiné à réfuter cette assertion, aussi fausse que funeste pour les malades, en cherchant à faire connaître des méthodes que l'on juge sans examen et avec beaucoup de sévérité dans les ouvrages classiques, telles que le bandage amidonné et surtout la grande gouttière double de Bonnet (de Lyon), à en vulgariser l'emploi, à en défendre les principes, et à en démontrer l'incontestable supériorité à l'aide de faits nouveaux.

En jetant un coup d'œil sur les indications qu'il s'agit de réaliser dans le traitement des fractures du col du fémur, nous espérons faire ressortir de la manière la plus évidente leurs avantages respectifs.

Les appareils les plus propres à maintenir la réduction de ces fractures doivent remplir les indications suivantes :

1° Assurer l'immobilité des fragments osseux ;

2° Assurer la propreté des malades et prévenir les pressions qui produisent des escarres au sacrum ;

3° Faire cesser le raccourcissement ;

4° S'opposer à la rotation du pied en dehors ;

5° S'opposer à la projection des fragments osseux en arrière.

Examinons en peu de mots quels sont les appareils qui remplissent le mieux ces conditions.

1° *Assurer l'immobilité des fragments osseux.* — Cette première indication, la plus importante sans contredit, est commune à toutes les fractures. Seule elle permet de calmer les douleurs et d'obtenir la consolidation la plus régulière. Cependant, malgré ces incontestables avantages, elle a été, il faut le dire, de toutes la plus méconnue jusqu'à ce jour. Il est vrai qu'elle est plus difficile à remplir qu'on ne le pense généralement, car elle ne peut être réalisée qu'autant que l'on fasse un tout du tronc et des membres inférieurs. Il faut que le malade ne puisse exécuter des mouvements dans la partie inférieure de la colonne vertébrale, et surtout que le soulèvement du bassin, rendu si souvent nécessaire pour les excrétions du malade et les soins de propreté, puisse se faire sans que le fragment supérieur du membre fracturé se meuve avec lui.

Aucun des appareils que l'on met habituellement en pratique ne permet d'obtenir cette immobilité.

En effet, l'appareil ordinaire, le bandage contentif de Scultet, exerce bien une compression régulière, s'oppose à la rotation du pied en dehors, maintient la rectitude du membre, mais n'immobilise pas le bassin et, par suite, le fragment supérieur de la fracture. L'appareil de Vermandois, celui de Desault, et tous ses dérivés, tels que le bandage de Boyer, sont-ils plus efficaces? Evidemment non. Ces chirurgiens, ayant en vue de remplir dans le traitement des fractures du col du fémur l'indication consistant à s'opposer plutôt au raccourcissement qu'à l'immobilité des fragments osseux, avaient imaginé une attelle, qu'ils plaçaient sur la partie latérale du membre fracturé, et qui leur servait à opérer l'extension et la contre-extension permanentes. Indépendamment des défauts d'un autre ordre que nous allons signaler bientôt, ces appareils ne prévenaient pas les mouvements de la colonne vertébrale et n'empêchaient pas ceux du bassin.

L'emploi de la demi-flexion, méthode préconisée par Pott, Dupuytren, Delpech, etc., ne réussit pas mieux que les autres. En effet, lorsque l'on fait reposer le membre fracturé sur un double plan incliné, les fragments sont en repos tant qu'on ne déplace pas le malade; mais les mouvements ont lieu si l'on vient à placer sous lui un bassin, si on le remonte dans son lit, si l'on change ses draps. Souvent chacune de ces manœuvres lui cause de si vives douleurs, que, pour éviter de les produire, on le laisse croupir dans la malpropreté, si nuisible à tous les âges et dangereuse surtout

pour les vieillards, qui, plus que tous autres, sont exposés aux fractures du col du fémur. Ces dangers sont surtout à craindre chez les femmes, qu'il faut soulever pour passer un bassin sous elles, en vue de conserver la propreté des draps.

La planchette de MM. Sauter et Mayor peut servir à porter en avant le fragment inférieur, à fixer le membre dans sa direction normale, et, par le sous-pied qui la termine, à prévenir la rotation du pied en dehors, et même à pratiquer l'extension permanente sur la jambe; mais comme elle ne fait pas un tout solide du membre inférieur et du bassin, elle permet à ce dernier de se mouvoir indépendamment de la cuisse, ce qui tend à produire des déplacements entre les os fracturés.

Aussi, l'usage des appareils que nous venons de mentionner est tellement peu efficace que plusieurs chirurgiens, parmi lesquels je citerai M. Nélaton, sont arrivés, ne pouvant en aucune manière immobiliser les fragments osseux, à laisser les malades en repos dans leurs lits, sans autre appareil qu'une semelle pour empêcher le renversement du pied en dehors.

Si, en agissant de la sorte, on a pu, lorsqu'on avait à traiter des sujets robustes et vigoureux, obtenir la consolidation de la fracture, que de résultats heureux n'eût-on pas obtenus chez les vieillards, si l'on eût appliqué les appareils dont il nous reste à parler, tels que le bandage amidonné et surtout la grande gouttière de Bonnet (de Lyon)!

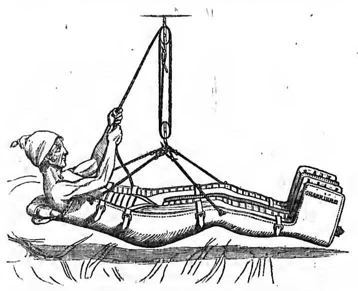
De l'appareil amidonné. — Tout le monde connaît aujourd'hui les beaux travaux de M. Seutin sur la méthode amovo-inamovible. Je me contenterai d'en rappeler ici les principes.

On sait que ce savant chirurgien conseille, dans les fractures du col du fémur, d'entourer la jambe, la cuisse et le bassin d'un bandage amidonné qui, en se durcissant, forme un tout du bassin et de la cuisse, et, par suite, assure l'immobilisation complète de l'os fracturé; mais pour obtenir ce résultat, la fracture ayant été réduite, M. Seutin ne se borne pas à entourer les membres de tours de bande circulaires et à les coller entre eux, ainsi que le font la plupart de ceux qui appliquent ses procédés sans les bien connaître; en agissant ainsi, ils ne produisent qu'un bandage insuffisant et qui blesse les membres dans toutes les parties dures et saillantes. Cette manière de comprendre et d'appliquer les bandages amidonnés a été la cause principale de la défaveur dont ils sont l'objet dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens.

Pour éviter ces inconvénients, M. Seutin place directement sur le

membre malade et sur le bassin des coussins faits avec du coton, qu'il entoure de linges et auxquels il donne plus d'épaisseur vis-à-vis des parties osseuses les plus saillantes.

La solidité est obtenue par des attelles de carton, que l'on place entre les coussins protecteurs et le bandage amidonné proprement dit. Ces attelles sont droites ou courbées, suivant la forme des parties, déchirées et non coupées, afin que leur bord ne soit point aigu. Avant de s'en servir, on les passe rapidement dans de l'eau tiède, afin qu'elles s'assouplissent et puissent s'adapter exactement à la forme du membre et du bassin. Ces attelles, enfin, sont enduites de colle sur leurs deux faces, afin qu'elles fassent corps en dedans avec les coussins et en dehors avec le bandage circulaire. Celui-ci les tient, et les tours de bande dont il se compose sont unis entre eux par de la colle d'amidon, que l'on étend avec un pinceau ou avec la main.



L'application du bandage se compose donc : 1° de coussins protecteurs amidonnés entourant le bassin, et d'autres placés en arrière, sur les côtés et en avant du membre. Ils sont amidonnés seulement à leur surface externe ; 2° d'attelles de carton mouillées, amidonnées sur leurs deux faces, et entourant également le membre et le bassin de toute part. Tout cet ensemble, soigneusement pressé pour embrasser exactement les parties à contenir, est entouré de bandes circulaires superposées deux ou trois fois sur elles-mêmes, et

dont chaque tour est recouvert d'une couche d'amidon. A l'extérieur, on peut placer quelques linges que l'on enlève après la dessiccation. Pour que l'appareil soit sec, il faut en général trente-six à quarante-huit heures, et pendant tout ce temps, le malade doit garder le repos, et pour obtenir une dessiccation des plus régulières, M. Seutin entoure tout le membre de cartons très-épais, destinés à prévenir toute inflexion du bandage pendant qu'il sèche.

De la double gouttière de A. Bonnet (de Lyon). — Frappé des inconvénients inhérents à chaque appareil mis en usage dans le traitement des fractures du col du fémur, Bonnet s'est attaché à les prévenir en faisant construire une gouttière double en fil de fer matelassé, qui a la forme des parties qu'elle doit contenir, et qui, remontant jusqu'au-dessous des aisselles, permet, une fois que le malade y est placé, d'obtenir une immobilité parfaite et constante des surfaces osseuses, puisque, grâce à cet appareil, le bassin ne fait plus qu'un tout avec les membres inférieurs.

Cet appareil consiste en une gouttière qui embrasse à la fois les deux tiers postérieurs du membre fracturé et les deux tiers postérieurs du bassin et de l'abdomen. Sa forme est celle d'un pantalon allongé, dont le tiers antérieur aurait été enlevé et présenterait en avant une ouverture qu'on peut agrandir ou resserrer à volonté. Sa charpente est en fil de fer très-solide en arrière, afin de ne point se plier sous le poids du malade; plus mince sur les côtés, assez souples pour qu'on puisse les rapprocher ou les écarter de l'axe de la gouttière. Cette charpente en fil de fer est recouverte d'une couche épaisse de crin maintenue par un coutil solide; sur les côtés de cette gouttière, au-dessus des deux trochanters et au niveau des deux genoux, sont des boucles desquelles partent des cordes qui vont se rendre à une moufle fixée au plafond de la chambre.

Le malade placé dans cet appareil, qui présente au niveau de l'anus une large échancrure, on conçoit facilement qu'il puisse s'enlever en totalité et horizontalement au-dessus de son lit; il suffit pour cela qu'il tire lui-même la corde qui passe dans la moufle.

Pendant qu'il se maintient à la hauteur que l'on juge convenable, ou pendant qu'un aide exerce une traction sur la corde, on peut donner le vase, changer les draps, et même faire complétement le lit. Dans tous ces mouvements, le corps se déplace en totalité, la colonne vertébrale ne fait aucun mouvement sur le bassin, le bassin, à son tour, ne se meut point sur la cuisse et dès lors rien ne tend à changer les rapports des fragments, comme le font les mouvements qu'on produit dans l'emploi des appareils ordinaires, soit qu'on

veuille donner le vase au malade, soit que la propreté exige qu'on prépare de nouveau son lit.

Tels sont les avantages que présente la grande gouttière de Bonnet (de Lyon), réduite à sa plus grande simplicité. Toutefois, comme dans cette condition elle serait incomplète, il a dû y faire des additions successives pour qu'elle puisse remplir toutes les indications.

Ainsi, dans le but d'obtenir une compression régulière et suffisante pour maintenir en contact parfait les surfaces mêmes, il a fait disposer de 12 centimètres en 12 centimètres le long de la gouttière des boucles et des courroies, à l'aide desquelles on peut rapprocher à volonté les bords antérieurs de la gouttière, faire une compression à tous les degrés, l'augmenter ou la diminuer, suivant que le besoin s'en fait sentir, suivre tous les changements que le membre peut éprouver dans son volume, et l'examiner dans toute son étendue, sans lui faire éprouver aucun mouvement. Il suffit, pour cela, de détacher les courroies des boucles et d'écarter les deux bords de la gouttière.

Pour empêcher la rotation en dehors, les bords de la gouttière s'élèvent de chaque côté du pied, jusqu'à la hauteur de l'extrémité du gros orteil. Bonnet préférait ces soutiens latéraux à la semelle, qui peut repousser la plante du pied, si le malade glisse dans son appareil, et qui gênerait le passage des liens extensifs.

Pour rendre à la cuisse sa convexité et porter le fragment inférieur en avant, l'appareil présente un creux assez profond pour loger les fesses, et il fait une légère saillie dans la partie correspondant à la cuisse.

Quant à l'extension continue, comme Bonnet partait de ce principe, qu'elle ne peut être bien faite qu'au moyen d'un poids qui tire sur le membre et agit, quelle que soit la position où se place le malade, sa gouttière présente à son extrémité inférieure un treuil, c'est-à-dire une poulie dont la rainure est dirigée dans le prolongement du membre et que supporte une tige coudée placée à l'extrémité de l'appareil. Deux bandes latérales sont fixées sur les côtés de la jambe. De ces bandes part, au-dessous de la plante du pied, une courroie qui se réfléchit sur la poulie et supporte une traction aussi pesante que le malade puisse le supporter sans douleur.

L'extension ainsi faite d'une manière continue, la contre-extension n'offre aucune difficulté. La pression du bassin et de la partie postérieure de l'abdomen sur la gouttière qui les embrasse en totalité et deux sous-cuisses suffisent pour maintenir le tronc et opérer ainsi une contre-extension régulière. Les sous-cuisses sont formés d'un

boudin dont le centre est rempli de coton et dont l'enveloppe est en peau de chamois. Leur partie postérieure est cousue à l'appareil, au niveau des tubérosités de l'ischion, et leur partie antérieure est terminée par une courroie qui peut s'engager dans une boule placée à six pouces au-dessus des épines iliaques.

Indépendamment des conditions avantageuses que je viens de signaler, et que remplit cet appareil, il borne les mouvements de latéralité du tronc par les prolongements latéraux qu'il offre jusque près des aisselles. Une ceinture, qui va d'un côté à l'autre, fixe l'abdomen. Les escarres se produisent moins facilement sur le sacrum que lorsque le malade repose dans son lit, parce que, le bassin étant soutenu dans toute sa moitié postérieure, la pression est moins forte sur un seul point, par cela même qu'elle est plus généralement répartie.

Comparaison entre le bandage amidonné et la gouttière de Bonnet. — Si l'emploi du bandage amidonné peut être d'une incontestable utilité dans le traitement des fractures du col du fémur; si, en l'appliquant comme le recommande M. Seutin et en plaçant à son pourtour des attelles en fil de fer, comme l'indique Bonnet, on peut avec avantage traiter ces sortes de fractures ; s'il permet d'obtenir une immobilité suffisante, il a des inconvénients qui le rendent bien inférieur à la grande gouttière double du chirurgien de Lyon.

En effet, sa confection est difficile et pénible pour l'opérateur. Il faut un soin tout particulier pour l'appliquer de manière à ce qu'il ne blesse point le malade. Il entoure le membre et le bassin d'une manière telle, qu'il est impossible, une fois appliqué, de savoir au juste ce qui se passe dans la fracture ; et si, comme le conseille M. Seutin, on le rend amovo-inamovible, en le fendant dans sa longueur et en en retranchant une lanière au besoin, on lui enlève une partie de sa solidité, et on s'expose, en le resserrant, à blesser le malade par les saillies et les cavités du bandage, qui ne se trouve plus en rapport avec les nouvelles surfaces qu'il doit recouvrir.

Avec la double gouttière de Bonnet, on évite ces inconvénients. En effet, le malade se trouve placé dans une espèce de culotte en fil de fer matelassé, qui peut se mouler exactement sur tout le membre, le bassin, et qui maintient une immobilité absolue, tout en permettant d'examiner, chaque jour, la fracture sans s'exposer à faire chevaucher les fragments l'un sur l'autre.

Avec cet appareil, le rôle du chirurgien est singulièrement simplifié : s'il a l'inconvénient d'exiger des artistes spéciaux pour le

confectionner, il a au moins le grand avantage de pouvoir être placé par le chirurgien avec la plus grande facilité. Il ne s'agit que, la fracture étant réduite, d'y placer le malade et de mouler l'appareil sur son bassin et sa jambe, pour obtenir aussitôt l'immobilité désirée.

Indépendamment de cet avantage, il offre encore une supériorité incontestable sur le bandage amidonné ; ainsi, lorsque l'on a à traiter des malades qui ne peuvent supporter aucune compression sur l'abdomen, le bandage amidonné, dans les cas de cette nature, ne peut être appliqué, puisque, en entourant le bassin, il faut nécessairement comprimer cette partie du tronc. La double gouttière est, dans ce cas, bien supérieure.

La double gouttière de Bonnet ne peut être, il est vrai, comme le bandage amidonné, créée extemporanément. Sa construction exige l'habileté d'un artiste. Mais ces difficultés se trouvent dans l'emploi de tous les instruments qui remplissent des indications difficiles à atteindre. Lorsque l'on se résout à acheter des instruments spéciaux pour la taille ou la lithotritie, j'ai peine à comprendre pourquoi l'on se refuserait à un sacrifice pareil, identique, lorsqu'il s'agit du traitement des fractures du col du fémur, s'il est démontré que les appareils qui exigent ces sacrifices sont supérieurs aux appareils dont les éléments se trouvent partout et que l'on peut créer soi-même.

« Ce serait, dit M. Bonnet [1], se priver, dans les arts, des instruments les plus utiles et les plus parfaits que d'exiger dans leur construction autant de simplicité qu'il y a de précision dans leur emploi. Les chronomètres, qui marquent le temps avec une égale précision dans les températures élevées et dans les températures froides, après un long usage, comme au moment où l'on a commencé à s'en servir ; les microscopes, qui permettent de découvrir les objets les plus ténus, sans que la lumière soit décomposée et qu'il y ait production des couleurs de l'arc-en-ciel, et tant d'autres instruments précieux, que je pourrais citer, sont d'une construction très-compliquée. On n'hésite cependant point à les préférer à des instruments plus simples, moins coûteux, mais moins précis dans leur action. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans le choix des appareils qui servent au traitement des fractures, et pourquoi ne s'empresserait-on point d'adopter ceux qui rempliraient le mieux le but auquel on les destine, sans s'inquiéter de savoir s'ils sont ou non

---

(1) *Mémoire sur les fractures du fémur*. Gazette médicale de Paris, 1842.

d'une construction facile pour tous? Vouloir, comme le pensent la plupart des chirurgiens, des appareils de fractures dont les pièces soient partout sous la main, et qui puissent être disposés extemporanément, c'est demander une chose utile; inventer ces appareils, c'est rendre service aux malheureux qui ne peuvent s'en procurer d'autres. Mais s'en contenter, bien qu'ils soient incomplets, c'est refuser à ceux dont les membres sont fracturés les secours qu'on n'hésite point à donner aux malades atteints d'autres affections chirurgicales qui nécessitent des instruments spéciaux; c'est leur refuser des soins que l'on s'accorde même tous les jours, lorsqu'on s'adresse à un artiste spécial pour la façon d'un pantalon et d'un habit. Encore, faut-il remarquer que mon appareil une fois construit est d'une application très-facile, et que, lorsqu'il est mis en place, il ne demande presque plus de surveillance; il n'exige point une construction spéciale pour chaque malade. Celui qui sert à un adulte d'une taille et d'un embonpoint déterminés peut servir à tous les adultes d'une taille et d'un embonpoint à peu près semblables. »

2° *Assurer la propreté et prévenir les pressions qui produisent des escarres au sacrum.* — Si les malades, les vieillards surtout, atteints de fractures du col du fémur, ne sont pas tenus dans le plus grand état de propreté; si l'on ne peut les laver et les débarrasser des matières fécales et de l'urine qui salissent le périnée et tout le pourtour de l'anus, ils ne tardent pas à souffrir, à prendre de la fièvre; des escarres se forment au sacrum, des phénomènes adynamiques surviennent, et la mort en est souvent la conséquence.

Les bandages ordinaires et les appareils anciens, dont nous venons de faire la critique, ne permettent pas d'assurer les soins de propreté; car, pour remédier à cet inconvénient, il faut soulever les malades, faire exécuter des mouvements au bassin, mouvements qui sont la cause de violentes douleurs et qui amènent infailliblement la mobilité des surfaces fracturées.

Le bandage amidonné et l'emploi de la gouttière double de Bonnet permettent, au contraire, de remédier à cet inconvénient majeur : le dernier surtout est bien préférable, car il prévient les escarres au sacrum, et permet de lever les malades pour assurer les soins de propreté, sans leur faire souffrir aucun dérangement.

3° *Faire cesser le raccourcissement.* — L'indication de faire cesser le raccourcissement dans les fractures du col du fémur a presque exclusivement préoccupé Desault et son école. Elle est encore

aujourd'hui mise au premier rang par le plus grand nombre des chirurgiens, M. Malgaigne entre autres. Cette indication est cependant très-secondaire, car elle est impossible à remplir, quand il y a, comme Bonnet et d'autres auteurs l'ont démontré, écrasement des surfaces osseuses ou intussusception des os.

Mais quand bien même elle aurait toute l'importance que la théorie, contrairement à la pratique, semble lui accorder, l'appareil de Desault et tous ses dérivés n'y remédient en aucune façon.

« Il ne faut pas avoir appliqué deux fois l'attelle de Desault, dit M. Malgaigne (*Traité des fractures*, t. I, p. 705), pour acquérir la conviction que ce célèbre chirurgien s'abusait de la manière la plus complète et sur la valeur de son appareil et sur la réalité de ses guérisons. En moins de vingt-quatre heures, toutes les bandes se relâchent, et, en les resserrant chaque jour, on fait de l'extension répétée et non de l'extension permanente. Pour lutter avec quelque succès contre l'action incessante des muscles, il faut une force active et incessante, qui ne se peut obtenir qu'à l'aide de solides courroies de cuir et d'une puissance mécanique plus forte que les mains des aides ; et de tous les appareils imaginés à cet effet, aucun ne me paraît mieux construit pour l'effet désiré que l'attelle mécanique de Boyer, où l'extension s'opère au moyen d'une vis. Mais cet appareil est-il capable de rendre au membre sa longueur naturelle ? Je n'hésite pas à affirmer le contraire. J'ai publié ailleurs l'histoire du sujet qui m'a fourni la fracture de la figure IV, pl. XII. C'était un homme de cinquante-quatre ans. Il avait été traité avec une attention toute particulière par un chirurgien justement renommé, qui lui avait appliqué lui-même l'appareil de Boyer. L'extension fut maintenue avec rigueur jusqu'au quarante-huitième jour, époque à laquelle de profondes ulcérations au cou-de-pied et à l'aine obligèrent enfin à y renoncer. En examinant le col, on voit que le raccourcissement n'aurait guère pu être plus considérable, si l'on avait abandonné le membre à lui-même. »

On voit, par cette citation, qu'il faut accorder bien peu de valeur aux appareils de Desault et de Boyer, lorsqu'il s'agit de faire cesser le raccourcissement. Mais je vais plus loin encore que M. Malgaigne, et je déclare que les lacs contre-extensifs et extensifs employés dans ces appareils, pour remplir cette indication, sont habituellement insupportables et surtout sont vicieusement appliqués.

En effet, chez les vieillards principalement, il faut le plus souvent y renoncer, parce qu'ils font souffrir sans atteindre le but qu'on se propose ; et si on applique les sous-cuisses comme Desault et son

école le conseillent, c'est-à-dire en les plaçant à la partie interne et supérieure de la cuisse malade, pour en fixer les bouts dirigés en dehors, à l'extrémité supérieure de l'attelle latérale, on incline le bassin, on lui fait éprouver un léger mouvement de rotation, on porte par suite le fragment supérieur de la fracture en dehors, et on diminue ainsi l'ouverture de l'angle que forment entre eux les deux fragments de l'os fracturé. Les expériences cadavériques prouvent ce point de doctrine d'une manière complète. Il suffit, après avoir produit sur le cadavre une fracture du col du fémur, d'enlever les muscles fessiers et d'appliquer un sous-cuisse fixé à une attelle latérale au membre malade, pour voir alors, au moment où l'extension et la contre-extension se font, le sous-cuisse presser sur le fragment supérieur et le porter en dehors.

La grande gouttière double de Bonnet, dans laquelle la contre-extension se fait simultanément du côté sain et du côté malade, remédie à cet inconvénient, puisque, le bassin ne pouvant s'incliner, on n'a pas à craindre cette projection du fragment supérieur en dehors.

4° *S'opposer à la rotation du pied en dehors.* — Cette indication a beaucoup aussi préoccupé les chirurgiens anciens et modernes. Elle est cependant, quoi qu'on en dise, accessoire et de réalisation habituellement impossible. On y remédie en apparence plutôt qu'en réalité. Tous les appareils de fracture connus tendent, du reste, à y satisfaire, depuis les semelles de Desault et de Boyer jusqu'à l'appareil de Bonnet (de Lyon). Ce dernier cependant remplit le mieux cette indication, puisque non-seulement, grâce à lui, on agit sur le pied, par l'oreille qui termine de chaque côté la gouttière, mais encore sur la cuisse et la jambe, de manière à ce que la culotte de fer qui en forme la base, se moulant exactement sur le membre, prévient toute déviation du membre et, par suite, du pied en dehors.

5° *S'opposer à la projection des fragments en arrière.* — On sait que les pressions exercées dans le décubitus tendent toujours à produire la saillie des fragments en arrière. Pour remédier à cet inconvénient, on a conseillé, surtout pour les fractures du fémur, d'appliquer sous la cuisse une attelle qui a pour but de ramener principalement le fragment inférieur en avant. Cette pratique doit être conservée, surtout lorsqu'il s'agit des fractures de cuisse. Elle est même indispensable; car, sans son exécution, il serait impossible d'immobiliser le fragment inférieur, et d'obtenir par suite une consolidation régulière. Aussi M. Seutin, dans la confection de son appareil amidonné, a-t-il conseillé d'appliquer

un double carton à la partie postérieure de la cuisse; et Bonnet, dans sa grande gouttière, a-t-il rendu cette dernière partie tout à fait immobile et apte à prévenir parfaitement ce déplacement.

Je ne terminerai point ce qui a trait aux indications, dans le traitement des fractures du col du fémur, sans réfuter l'opinion de M. Guyot. On sait que ce chirurgien a imaginé d'appliquer aux fractures du col du fémur le principe de la projection en dehors du fragment interne, comme on le fait lorsqu'il s'agit de traiter les fractures de la clavicule. Ce principe doit être rejeté, parce qu'il est faux, car son application aurait pour résultat de rendre aigu l'angle formé par les deux fragments de la fracture; il produirait à un suprême degré le défaut que nous avons déjà reproché aux appareils à extension et à contre-extension permanentes, lorsqu'on applique le sous-cuisse du côté du membre fracturé.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer ont dû démontrer que la gouttière double de Bonnet est l'appareil qui doit le mieux réussir dans le traitement des fractures du col du fémur. Sa supériorité sous ce rapport est tellement reconnue, que presque tous les chirurgiens sont unanimes pour déclarer qu'il n'en existe aucun qui puisse immobiliser si bien les fragments osseux. Toutefois, si cet appareil a rencontré quelques détracteurs, leur critique a porté seulement sur la difficulté de faire confectionner cette gouttière par un artiste spécial. Sans doute, ce reproche peut lui être adressé; mais parce que sa confection ne peut pas être immédiatement faite par le chirurgien, s'ensuit-il qu'il faille la proscrire à tout jamais comme l'a écrit M. Malgaigne dans son savant ouvrage? Parce que, appelé auprès d'un individu qui vient de se fracturer le col du fémur, on ne peut immédiatement appliquer cet appareil, s'ensuit-il qu'il faille abandonner le malade à lui-même et se contenter, comme le recommande ce professeur de la Faculté, de placer un simple coussin au-dessous de ses genoux, de manière à mettre les membres dans la flexion et de le laisser, en agissant de la sorte, en proie à ces douleurs obligées toutes les fois qu'il s'agira de remuer ses membres dans le but de remédier à son état de malpropreté, ou de lui donner le vase?

Comme les faits sont parfois brutaux, et que toujours ils sont plus utiles que la théorie pour démontrer la supériorité de certains traitements, on me permettra d'en rapporter ici quelques-uns.

Je pourrais, à cet effet, emprunter à la pratique de chirurgiens distingués de Lyon, parmi lesquels je me plais à citer MM. Barrier, Bouchacourt, Desgranges, Valette, Baumers, Berne, etc., plusieurs

observations qui témoigneraient de l'utilité de ce mode de traitement; mais je préfère ne citer que les faits dont j'ai été témoin, ils me paraissent, à eux seuls, suffire pour établir l'importance réelle de la double gouttière.

Obs. I. Mme Petit, veuve de l'illustre chirurgien Marc-Antoine Petit, avait quatre-vingts ans, lorsque, au mois de novembre 1847, elle se cassa le col du fémur. Elle fut placée par M. Bonnet dans sa gouttière trois jours après son accident. Elle y resta de quatre à cinq mois. Un an plus tard, elle marchait avec une canne, et elle est arrivée à pouvoir faire à pied 2 à 3 kilomètres. Il va sans dire que le membre était raccourci et la pointe du pied tournée en dehors.

Obs. II. Mme Delecluze avait quatre-vingt-quatre ans lorsqu'elle se fractura le col du fémur. Appelé auprès d'elle dix jours après son accident, M. Bonnet la trouva dans une fièvre soporeuse telle, qu'elle s'aperçut à peine de sa présence. Cette fièvre était due à ce que tout son corps était plongé dans une atmosphère urineuse. Les douleurs que lui causaient les mouvements étaient si vives, qu'on ne pouvait ni la soulever, ni changer ses draps, et ceux-ci, imbibés d'urine, étaient depuis plusieurs jours en contact avec elle. Ses reins étaient rouges et commençaient à s'écorcher. M. Bonnet n'hésita point à dire qu'elle serait morte avant huit jours, si elle eût été laissée au milieu de l'infection dans laquelle elle croupissait. Elle fut placée simplement dans le grand appareil, et sitôt qu'à son aide elle put être maintenue propre et en repos, elle cessa de souffrir; l'on vit sa fièvre disparaître en moins de deux jours. Son accident était arrivé au commencement de 1849. Elle ne put marcher avec une canne qu'un an après. Elle a joui de son rétablissement pendant un peu plus d'une année; elle est morte vers le milieu de 1851, âgée de plus de quatre-vingt-six ans. Bien qu'elle eût conservé le raccourcissement et la rotation propres aux fractures du col du fémur, elle avait pu se rétablir à un âge où ces fractures, traitées par les moyens ordinaires, entraînent constamment la mort.

Obs. III. Mme Gutton, marchande de tabac, âgée de soixante-dix-neuf ans, se laissa tomber de son tabouret sur le sol, le 1er juin 1857. Le choc porta sur le grand trochanter, du côté droit, et il fut assez violent pour provoquer une douleur très-vive et l'impossibilité à cette dame de se relever. Elle fut transportée immédiatement dans son lit. Je constatai les phénomènes suivants : le membre droit était de 5 centimètres plus court que l'autre; le pied était dévié en dehors, et la malade ne pouvait en aucune manière le relever. En cherchant à faire exécuter au membre quelques mouvements, on constatait une crépitation très-manifeste au niveau du col du fémur. Tous ces signes indiquaient suffisamment une fracture extracapsulaire.

Je résolus de traiter cette fracture par la grande gouttière de Bonnet, et du moment que cette dame y fut convenablement placée, les douleurs qu'elle éprouvait cessèrent. On put, grâce à cet appareil, la lever, pour entretenir les soins de propreté qu'exigeait sa

position, et les fragments osseux étant tenus dans une immobilité parfaite, j'obtins, après trois mois de traitement, la guérison de cette fracture, avec raccourcissement de 3 centimètres, il est vrai; mais la consolidation était très-ferme. En effet, au bout du quatrième mois, au moment où cette dame commençait à marcher avec des béquilles, elle se laissa tomber sur le côté malade, et, malgré cette circonstance fâcheuse, la fracture ne se reproduisit pas.

Une circonstance, survenue pendant le traitement, m'a démontré la valeur de la double gouttière. Deux mois après le début du traitement, cette dame voulut à tout prix être débarrassée de son appareil; je l'enlevai, je plaçai la malade sur un double plan incliné, et le lendemain même de cette opération, cette dame se trouvait si mal dans sa nouvelle situation, qu'elle voulut à tout prix être replacée dans la gouttière, qu'elle avait l'avant-veille si fortement repoussée.

Obs. IV. En 1856, mon honorable confrère et ami le docteur Bonnefoy (de Saint-Genis-Laval) fut appelé à traiter Mme Fargeaux, qui, en tombant de sa hauteur sur le grand trochanter, venait de se casser le col du fémur. Malgré des conditions d'âge exceptionnelles, puisque cette dame avait alors quatre-vingt-treize ans, M. Bonnefoy n'hésita pas à placer cette malade dans la gouttière double de Bonnet, et l'y maintint pendant environ six mois. La consolidation, pour ainsi dire inespérée, si l'on eût employé les autres appareils, s'accomplit parfaitement, puisque, neuf mois après son accident, Mme Fargeaux marchait en s'appuyant sur une simple canne. Le membre avait 3 centimètres de raccourcissement; le cas a été constaté par Bonnet et par nous.

Obs. V. Au mois de juin 1859, je fus appelé à traiter, conjointement avec le même confrère M. le docteur Bonnefoy, Mme Diard (de Chaponost), atteinte d'une fracture extracapsulaire du col du fémur. Nous la plaçâmes dans une gouttière double de Bonnet, et au bout de trois mois, nous avions obtenu une consolidation osseuse. Mme Diard peut, à l'heure qu'il est, marcher, en boitant, il est vrai, mais avec une simple canne.

Obs. VI. Il y a quelques années, un des orateurs les plus distingués de nos Assemblées législatives, M. le marquis Dudon, se fractura le col du fémur dans son château, situé aux environs de Lyon. M. Bonnet, appelé auprès du malade, constata une fracture extracapsulaire, et plaça immédiatement son grand appareil. Les fragments de la fracture furent si bien immobilisés, que le malade ne ressentit plus aucune douleur; il s'y trouvait même si commodément, que, des affaires urgentes exigeant sa présence à Paris, il se fit placer avec son appareil dans sa chaise de poste, et arriva dans la capitale sans avoir souffert en aucune manière des cahotements du véhicule qui le transportait. L'absence complète des douleurs qu'il éprouvait, tant son appareil immobilisait bien les fragments osseux, et la consolidation commençant à se faire firent croire aux chirurgiens de la capitale, à M. Velpeau, entre autres, que ce malade n'avait pas dû être atteint d'une fracture du col du fémur. Le

raccourcissement et la claudication qui en résultèrent vinrent plus tard détruire cette erreur.

S'il est un fait qui puisse prouver en faveur des appareils de Bonnet, c'est sûrement celui que je viens de rapporter en peu de mots. Quel autre appareil eût été supporté avec si peu de douleur, et eût permis de transporter à une aussi grande distance un malade, sans que la longueur du voyage et les cahotements de la voiture, qui en étaient la conséquence, dérangeassent rien le travail de la consolidation?

Les quelques faits que je viens de signaler me paraissent suffisants pour établir l'incontestable utilité de la gouttière de Bonnet dans le traitement des fractures du col du fémur. Nous ne saurions, en conséquence, en trop recommander l'emploi. Sans doute, à son aide, on ne peut obtenir la guérison sans raccourcissement, et sous ce rapport, la double gouttière partage cet inconvénient avec tous les autres appareils ; mais si l'on considère que les malades ainsi traités sont préservés de ces accès de fièvre produits par la malpropreté; si l'on songe à l'absence totale des souffrances, due à l'immobilité absolue que produit cet appareil ; et si, d'autre part, on voit qu'en en faisant usage on peut consolider des fractures chez des sujets âgés de quatre-vingt-quinze ans, on ne peut qu'accorder à cette pratique la première place dans le traitement des fractures du col du fémur.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules pour l'emploi de l'eau distillée de copahu dans le traitement de la blennorrhagie urétrale.

Par le docteur Ed. Langlebert.

Le copahu est une oléo-résine composée d'une résine fixe et d'une essence isomérique avec celle de citron. En traversant le filtre des reins, ce médicament y subit, non pas un changement moléculaire, — les reins ne font pas de chimie, — mais une véritable distillation, par laquelle son essence se sépare et se dissout dans l'urine, à qui elle transmet une odeur *sui generis*, hélas ! trop connue.

C'est ce fait qui m'a donné l'idée de distiller de l'eau sur du copahu pour en obtenir une solution saturée d'essence, dont je me sers principalement comme véhicule, pour dissoudre les substances astringentes employées en injections contre l'urétrite.

Voici quelques-unes des injections que je prescris le plus fréquemment :

Eau distillée de copahu	100 grammes.
Sulfate de zinc	30 à 40 centigrammes.
Teinture de cachou	1 gramme.

Mêlez.

Eau distillée de copahu	100 grammes.
Sulfate de zinc	20 à 40 centigrammes.
Laudanum de Rousseau	1 à 5 grammes.

Mêlez.

Eau distillée de copahu	100 grammes.
Sulfate de zinc	30 centigrammes.
Pierre divine	10 centigrammes.

Mêlez.

Eau distillée de copahu	100 grammes.
Sulfate de zinc	40 centigrammes.
Oxyde de zinc porphyrisé	4 grammes.

Mêlez.

Eau distillée de copahu	100 grammes.
Acide tannique ou extrait de cachou	1 gramme.

Mêlez.

Des expériences comparatives faites sur un très-grand nombre de malades m'ont démontré la supériorité de ces préparations sur les injections ordinaires composées des mêmes substances dissoutes soit dans l'eau distillée simple, soit dans l'eau de rose.

L'eau distillée de copahu se prépare commo tous les hydrolats du même genre, en faisant distiller de l'eau sur du copahu et en recueillant le produit dans un récipient florentin. Elle est incolore et elle exhale une forte odeur de copahu.

Administrée à l'intérieur, l'eau de copahu possède également une action antiblennorrhagique très-manifeste, mais moins puissante cependant que celle du copahu pur. J'en ai surtout obtenu de bons effets dans certains cas de blennorrhées des parties profondes de l'urètre, accompagnées d'un état catarrhal de la muqueuse du col ou du corps de la vessie. Je la prescris en potion à la dose de 150 à 200 grammes par jour, et en y ajoutant quelques grammes d'eau de laurier-cerise pour en masquer la saveur. Les malades la prennent sans la moindre répugnance, et l'estomac la tolère très-facilement. Jamais elle ne donne lieu à ces douleurs de reins que produit si fréquemment le copahu ordinaire.

Camphorates à bases alcaloïdes ou camphorates de quinine, de morphine et de strychnine.

Malgré le grand nombre de préparations magistrales signalées dans nos formulaires, le camphre a donné lieu à peu d'essais de combinaisons chimiques. Ceci nous engage à enregistrer la tentative entreprise par un laborieux pharmacien italien, M. Pavesi. La traduction de sa note, extraite des Archives belges de médecine militaire est due à M. Oscar, pharmacien de première classe.

L'acide camphorique a été découvert en 1785 par Vrosegarten; Bouillon-Lagrange a plus tard modifié avantageusement la manière de le préparer; depuis, le produit de l'oxydation du camphre a été étudié avec soin par Malagutti, Laurent et Valter. L'acide camphorique est blanc, cristallisé, d'une saveur acide amère; il forme avec la potasse, la soude, l'ammoniaque et les terres alcalines des sels déjà connus des chimistes; mais aucun de ces composés n'a reçu jusqu'à ce jour d'application directe en thérapeutique.

Jusqu'ici, aucune expérience sérieuse n'a été faite relativement au mode d'action de l'acide camphorique, soit libre, soit à l'état de combinaison saline; M. Pavesi a résolu d'en entreprendre l'étude, ne fût-ce que pour compléter celle des camphorates, qui, dans des moments donnés, pourront peut-être trouver leur application thérapeutique.

Il est parvenu à obtenir des camphorates neutres de quinine, de morphine et de strychnine; voici comment il a procédé :

On dissout une partie d'acide camphorique pur dans huit parties d'eau distillée, et on porte le liquide près du point de l'ébullition dans une capsule de porcelaine; on y ajoute, par petites portions, une des trois bases organiques pulvérisée, en agitant avec une baguette de verre jusqu'à ce que le liquide refuse d'en dissoudre et que la liqueur rougit encore légèrement la teinture de tournesol; à ce point, on ajoute un peu de charbon animal purifié, on fait bouillir pendant quelques minutes et on filtre le liquide encore bouillant par le papier joseph. La liqueur limpide et presque décolorée est évaporée à une douce chaleur jusqu'à siccité; la matière est réduite en poudre et introduite dans un flacon à l'émeri fermant hermétiquement.

Camphorate de quinine. — Le camphorate de quinine, très-déliquescent, cristallise difficilement; évaporé à siccité, il se présente sous la forme d'une poudre blanche sale; d'une saveur très-amère, inodore, très-soluble dans l'eau, l'alcool dilué et l'alcool concentré; traité par une solution de soude, de potasse et d'ammoniaque, il se

décompose en précipitant la quinine inaltérée ; la solution un peu concentrée, traitée par les acides concentrés, laisse précipiter l'acide camphorique en petits cristaux. Traitée avec le nitrate de bioxyde de mercure, la solution donne un précipité blanc ; avec le nitrate d'argent, un précipité également blanc ; avec le chlorure d'or, un précipité blanc jaunâtre ; avec l'eau chlorée et l'addition d'un peu d'ammoniaque, elle prend une couleur verte très-prononcée permanente ; avec la teinture de noix de galle et l'acide tannique pur, elle forme un précipité blanc grisâtre.

Camphorate de morphine. — Ce camphorate se cristallise difficilement, étant légèrement déliquescent ; réduit en poudre, il est d'un blanc jaunâtre ; inodore, très-soluble dans l'eau, dans l'alcool faible et l'alcool concentré ; traité par les solutions de soude, de potasse et d'ammoniaque, il se décompose en précipitant la morphine pure. Mis en contact avec l'acide nitrique pur, il prend une couleur rouge de sang ; le perchlorure de fer le colore en bleu ; l'acide iodique aqueux, ainsi que les iodates alcalins mêlés avec l'acide sulfurique, le colorent en brun rougeâtre ; la solution d'or le colore en bleu. Les acides concentrés le décomposent en précipitant l'acide camphorique en petits cristaux ; la teinture de noix de galle et l'acide tannique donnent un précipité abondant.

Camphorate de strychnine. — Ce sel cristallise en aiguilles soyeuses entremêlées ; la poudre est très-blanche, inodore, d'une saveur très-amère, soluble dans l'eau bouillante, moins soluble dans l'eau froide, soluble dans l'alcool dilué et l'alcool concentré ; traité par la potasse, la soude ou l'ammoniaque, il se décompose en précipitant la strychnine pure à l'état floconneux ; traité par les acides concentrés, il se décompose en précipitant l'acide camphorique en petits cristaux.

La grande solubilité des camphorates à bases de ces alcaloïdes est, selon l'auteur, une circonstance favorable pour les rendre de quelque application en médecine ; de plus, leur solubilité dans les huiles permet de les employer plus avantageusement dans la préparation des pommades et des liniments que les alcaloïdes libres et les autres composés salins qui en dérivent.

Un mot encore sur le meilleur procédé pour préparer la solution de perchlorure de fer neutre et inaltérable.

Nous avons publié dans une de nos dernières livraisons (30 janvier, p. 66) le mode de préparation de la solution du perchlorure de fer, par M. Adrian, comme le procédé le plus parfait qui ait en-

core été formulé. Nous voyons avec plaisir M. Burin-Dubuisson partager le même avis. Voici en effet le passage d'une note que ce pharmacien distingué vient d'adresser à l'Union pharmaceutique :

« Le perchlorure de fer préparé par la méthode de M. Adrian constitue un moyen rationnel et certain pour obtenir des solutions chimiquement neutres de perchlorure de fer, se conservant très-bien et presque indéfiniment, sans aucun dépôt ni décomposition. Il offre aux médecins et aux pharmaciens des conditions de sûreté dans le perchlorure de fer ainsi obtenu, que ne présente pas toujours, tant s'en faut, le perchlorure de fer du commerce ; et à ces divers titres, il mérite, selon nous, d'avoir la préférence. Je n'hésite pas à croire que la Commission de rédaction du nouveau Codex, après examen du procédé de M. Adrian, ne le juge digne d'être adopté comme le procédé légal à suivre pour la préparation du précieux médicament. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de l'apiol dans le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée.

Parmi les troubles fonctionnels de l'utérus que le praticien est habituellement appelé à combattre, surtout dans les centres manufacturiers, se trouvent en première ligne l'aménorrhée et la dysménorrhée ; et si, en général, il n'est pas complétement impuissant contre ces affections, il ne peut, le plus souvent, employer qu'une médication incertaine et des plus variées, tant il lui est parfois difficile de remonter aux causes qui leur ont donné naissance. Aussi est-ce avec le plus grand empressement qu'il utilise les travaux propres à l'éclairer, et qu'il saisit toutes les circonstances pour vérifier par lui-même les découvertes des médecins laborieux qui cherchent à doter la pratique médicale de nouveaux agents thérapeutiques.

Il y a quelques mois, M. le docteur Joret a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* un mémoire sur la valeur emménagogue de l'apiol, principe actif de la graine de persil, découvert en 1849 par lui et M. Homolle. Dans ce travail, l'auteur étudie avec soin les causes nombreuses qui donnent lieu à l'aménorrhée et à la dysménorrhée, et conclut sagement de la diversité de ces causes à la diversité du traitement. C'est ainsi qu'après avoir indiqué les moyens

les plus propres à combattre l'une et l'autre de ces affections, nées sous l'influence, soit d'une pléthore, soit d'un état anémique ou chloro-anémique, ou bien encore d'une surexcitation nerveuse générale, il arrive à déterminer, d'une manière précise, les cas dans lesquels on doit employer l'apiol, de préférence à tout autre emménagogue. D'après lui, on doit recourir à ce nouvel agent médicamenteux lorsque les troubles de la menstruation proviennent d'une diminution, d'un excès ou d'une perversion de la vitalité de l'utérus, lorsque la sensibilité ovarienne se trouve considérablement augmentée, et que l'irritation détermine une excitation tout à fait anormale de l'appareil génito-utérin, au point de donner lieu à des tranchées assez douloureuses pour arracher des cris à la malade.

Mais comme il ne suffisait pas de donner les premières indications, et qu'il importait essentiellement de faire connaître quand et comment l'apiol doit être administré, le docteur Joret a signalé, comme étant le moment le plus opportun pour l'application de ce remède, l'époque où doit avoir lieu la menstruation ; ce qui est presque toujours facile à constater par les douleurs de reins, la pesanteur du bas-ventre et l'agacement nerveux qui se manifestent alors d'une manière plus ou moins prononcée et disparaissent au bout de quelques jours, pour se reproduire à peu près périodiquement toutes les trois semaines. Quant au mode d'emploi, il le donne le matin et le soir, dès l'apparition des règles et pendant leur durée, et dans l'aménorrhée, pendant le temps présumé de l'écoulement menstruel, à la dose de 25 centigrammes, renfermé dans une capsule gélatineuse, à raison de sa saveur désagréable.

Désirant donc me rendre compte de la valeur de ce nouvel emménagogue, je l'ai déjà prescrit plusieurs fois, et plus heureux que je ne l'avais souvent été dans l'emploi de médicaments trop préconisés par leurs auteurs, j'ai pu en constater toute l'efficacité, ainsi que le démontrent les quatre observations suivantes :

Obs. I. *Aménorrhée primitive. — Emploi de l'apiol. — Etablissement des règles.* — Mlle D***, âgée de dix-huit ans, sous-maîtresse de fabrique, d'une bonne constitution et n'ayant jamais été sérieusement malade, a la poitrine suffisamment développée pour être considérée comme ayant atteint l'âge de puberté, et cependant elle n'est point réglée. Depuis plusieurs mois, elle se plaint de ressentir pendant quelques jours, et cela toutes les trois semaines environ, des pesanteurs avec sentiment de gonflement dans le bas-ventre, des tiraillements dans les aines et un malaise général avec

tendance à la mélancolie. Dans l'intervalle de ces crises, cette fille est d'une santé parfaite; aussi ai-je profité d'une de leurs réapparitions pour lui administrer des capsules d'apiol, à la dose de deux, une le matin et une le soir. Dès le lendemain, les règles ont paru sans douleur et ont duré deux jours; le mois suivant, même prescription et même résultat, et aujourd'hui la menstruation est parfaitement établie.

Obs. II. *Dysménorrhée datant de cinq ans.* — Mlle A***, fileuse de coton, âgée de dix-neuf ans, forte et bien constituée, est réglée depuis l'âge de quatorze ans. Chaque époque est accompagnée de violents maux de reins, de tranchées utérines, de douleurs dans les aines, dans les cuisses, et de chaleurs cuisantes à la vulve. En vain avait-on épuisé la série des emménagogues les plus vantés, rien n'avait pu la soulager, lorsqu'au mois de septembre dernier, je lui ai fait prendre une capsule d'apiol, matin et soir, la veille du jour où elle attendait ses règles, et lui conseillai de suivre le même traitement pendant toute leur durée. Dès le premier jour, l'écoulement menstruel s'est produit avec facilité, il n'y eut ni douleurs dans les aines, ni tranchées utérines. Ce résultat rendit mes recommandations en quelque sorte, inutiles à l'égard de ce qu'elle avait à faire à la première époque, et depuis lors tout se passe sans accident et avec la plus grande régularité.

Obs. III. *Dysménorrhée datant de trois ans.* — Mme H***, bobineuse, âgée de trente-quatre ans, d'une forte constitution et d'un tempérament pléthorique, a été régulièrement réglée de dix-sept à trente et un ans; jusque-là sa santé n'avait jamais été altérée. Mariée à trente ans, elle devint mère l'année suivante, et à dater de cette époque, ses menstrues furent non-seulement moins abondantes, mais elles n'eurent lieu qu'accompagnées de douleurs très-vives dans les reins, le bas-ventre et les cuisses, ce qui la forçait à s'aliter, dès la veille de leur apparition. Le 30 octobre dernier et les trois jours suivants, cette personne ayant pris, matin et soir, une capsule d'apiol, les règles ont paru plus abondantes et sans le moindre accident. Le succès de cette médication auquel elle était loin de s'attendre, à raison du peu de soulagement qu'elle avait éprouvé de celles auxquelles elle avait été soumise, l'amena naturellement à recourir au même traitement dans les derniers jours du mois de novembre suivant, et depuis lors la menstruation a lieu chez elle d'une manière on ne peut plus normale.

Obs. IV. *Dysménorrhée également guérie par l'emploi de l'apiol.*

— Mme B***, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution lymphatique, a toujours été mal réglée; non-seulement les époques n'avaient lieu que toutes les cinq ou six semaines, et même quelquefois tous les deux mois, mais elles ne se manifestaient que sous forme de petits caillots allongés, à peine colorés, et cela en éprouvant de très-fortes douleurs dans les reins et le bas-ventre; jamais elle n'avait éprouvé d'accidents leucorrhéiques bien prononcés. Soumise à l'usage de l'apiol, à deux époques menstruelles successives, tout en continuant les amers et les ferrugineux, les règles ont paru d'abord un peu plus abondantes, le sang un peu plus coloré, et accompagnées de moins de douleurs; le second mois, la situation était encore un peu plus satisfaisante, et, depuis, la menstruation se trouve parfaitement établie et se présente avec les caractères qui lui sont propres.

L'apiol, considéré comme emménagogue, me paraît donc jouir d'une très-grande efficacité; aussi, à ce titre, est-il appelé à occuper une place importante dans la thérapeutique. BAILLOT,

Chirurgien en chef de l'hôpital de Bar-le-Duc (Meuse).

BIBLIOGRAPHIE.

Iconographie ophthalmologique, ou Description, avec figures coloriées, des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par J. SICHEL, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris, docteur en philosophie, licencié ès lettres, médecin oculiste des maisons impériales d'éducation de la Légion d'honneur, etc., etc.

La vie des auteurs présente deux périodes bien distinctes. A ses débuts, le jeune médecin, désireux de concourir à son tour au progrès de la science, rassemble tous ceux des faits déjà publiés qui doivent lui permettre de discuter les points encore en litige. Cette œuvre laborieuse aboutit rarement d'une manière complète, car notre auteur aborde l'étude des questions moins avec les éléments de sa propre observation qu'à l'aide des résultats obtenus par ses devanciers; aussi n'arrive-t-il pas toujours à combler les lacunes de la science. Ces travaux ne sont pas perdus, ils assurent une plus grande sûreté à sa pratique. Lors donc que son zèle se soutient, il ne tarde pas à recueillir dans la masse des faits qui passent devant ses yeux tous ceux qui confirment ou redressent les diverses conclusions qu'il avait formulées tout d'abord. Mais combien peu de

médecins, lorsqu'ils arrivent à cette époque de leur vie où ils peuvent parler au nom de leur propre expérience, savent utiliser les matériaux qu'ils ont amassés pendant de longues années ! Entraînés par le courant des affaires, absorbés par les soins de leur clientèle, ils remettent de jour en jour le moment d'achever leur œuvre, et trop souvent la mort vient les surprendre avant qu'ils puissent dire avec le poëte : *Exegi monumentum!*

M. Sichel a su échapper à ce danger. Après avoir publié dans sa jeunesse de nombreux travaux sur différents points d'oculistique, après avoir recueilli dans une pratique spéciale de trente années une quantité considérable de faits curieux de pathologie oculaire, il a su mener à bonne fin l'œuvre qu'il avait ainsi longuement préparée et qui devait couronner sa vie scientifique.

En France, l'étude clinique des maladies des yeux tient une place très-secondaire dans l'enseignement officiel de la médecine; les élèves ne voient, dans les hôpitaux généraux, que des faits trop isolés pour qu'ils puissent acquérir en ophthalmologie des connaissances sérieuses. C'est cette lacune que M. Sichel a voulu combler, et nous devons dire qu'il a complétement réussi.

Recueillant, dès les premières années de sa pratique médicale, les faits les plus intéressants d'ophthalmologie clinique; complétant, chaque fois que cela était possible, ses observations par l'examen anatomo-pathologique, M. Sichel a, pendant plus d'un quart de siècle, amassé laborieusement les matériaux de son *Iconographie.* Il en a fait un ouvrage essentiellement pratique, non sur toutes les questions de l'oculistique, mais principalement sur les maladies dont le dessin peut reproduire exactement l'aspect. Dans le principe, l'auteur voulait donner à son ouvrage la forme d'un atlas contenant la représentation d'un nombre considérable d'affections des yeux, atlas qui n'aurait eu d'autre texte que l'explication des planches, et les observations des malades sur qui les dessins avaient été pris; ce n'est que plus tard qu'il se décida à relier ces observations entre elles par un texte théorique d'autant plus détaillé que les sujets sont plus importants. Toutefois les planches restent la partie capitale de l'œuvre nouvelle de M. Sichel.

Peu de points de la chirurgie se prêtent aussi bien que l'oculistique à la représentation graphique; et cependant, il y a peu d'années encore, les gravures accompagnant les traités d'ophthalmologie étaient si déplorablement exécutées, qu'elles semblaient plutôt destinées à égarer l'esprit des médecins qu'à leur donner l'idée exacte des maladies oculaires. Demours le premier entra dans la

voie du progrès; Dalrymple en Angleterre, d'Ammon en Allemagne, publièrent aussi des ouvrages d'oculistique accompagnés de planches bien faites; mais, sous ce rapport, aucun ouvrage n'approche de l'Iconographie de M. Sichel : les dessins pris d'après nature, servilement copiés sur le malade, sont reproduits par la gravure avec une exactitude scrupuleuse; enfin le pinceau a donné à ces planches un degré de perfection que nul n'avait atteint jusqu'ici. Il est vrai de dire que, pour mener à bonne fin l'exécution de cet ouvrage, qui doit assurer l'immortalité de son nom, M. Sichel n'a ménagé ni labeur ni argent, et a été admirablement aidé dans l'accomplissement de son œuvre par l'intelligent concours de son éditeur, M. J.-B. Baillière.

Nous avons à nous excuser auprès de l'auteur de n'avoir pas encore publié l'analyse de son ouvrage; mais, dans son intérêt même, nous ne voulions nous acquitter de notre dette qu'alors seulement que les dernières livraisons seraient parues. On répète sans cesse qu'arrivés à un certain âge, les chirurgiens ne savent plus accepter aucun des progrès qui viennent enrichir la science. Nous savions qu'il ne devait pas en être de même pour M. Sichel, et que le savant ophthalmologiste n'avait pas reculé devant la fatigue d'une étude nouvelle. S'appuyant sur sa vaste expérience clinique, il devait nous dire de suite toute la portée pratique de la découverte d'Helmholtz. Nos espérances à cet égard n'ont pas été déçues, et les dernières livraisons de l'iconographie, consacrées aux applications de l'ophthalmoscope à l'étude des maladies oculaires, viennent couronner dignement cette œuvre sans rivale.

Qu'on ne s'attende pas à nous voir analyser en détail l'Iconographie ophthalmologique : c'est un vaste musée d'oculistique, où le praticien pourra puiser une foule de connaissances utiles, et qui lui permettra, sans quitter son cabinet, de se livrer à l'étude clinique des maladies des yeux.

Nous avons déjà indiqué le but, le plan et la forme de l'ouvrage; maintenant nous dirons seulement quelques mots de détail :

La première partie est consacrée à l'étude de l'ophthalmie; c'est un cours complet sur ce sujet. Afin de ne pas trop étendre son texte, l'auteur renvoie fréquemment à son *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose*, publié en 1837; toutes les fois que cet ouvrage contient ses opinions plus longuement motivées, nous retrouvons dans ce chapitre la division des ophthalmies spéciales, titre que l'auteur a substitué à celui d'ophthalmies spécifiques. Cette dernière dénomination, il la réserve exclusivement aux mala-

dies oculaires produites par un virus. Les ophthalmies spéciales ne sont pour lui que des manifestations locales des affections générales, ayant pour siége ceux des systèmes organiques dont les éléments entrent dans la composition du globe de l'œil ; en tête des caractères anatomiques particuliers à ces ophthalmies, M. Sichel place les injections vasculaires spéciales. Tout en modifiant, en rectifiant d'après son expérience actuelle, ses opinions antérieures, l'auteur les maintient quant à leur partie essentielle en les illustrant de figures et d'observations multipliées.

L'étude de la *cataracte* forme la plus grande partie de l'ouvrage : anatomie normale et anatomie pathologique du cristallin, étiologie, variétés de la cataracte, procédés opératoires, accidents de l'opération et altérations organiques consécutives; tous ces différents points sont exposés d'une manière complète, et font de l'ensemble de ce chapitre la monographie la plus parfaite que nous possédions sur la cataracte.

La pupille artificielle, ses différents procédés opératoires avec les indications particulières de chacun d'eux ; le glaucôme, l'hydrophthalmie, l'hydropisie sous-rétinienne, sont bien étudiés et clairement exposés : les observations nombreuses et les magnifiques planches qui correspondent aux descriptions que renferment celles-ci, viennent à chaque pas confirmer les opinions théoriques avancées par l'auteur ; partout dans cet ouvrage, on voit que l'examen clinique des malades, les études pratiques ont été la première préoccupation du chirurgien qui n'a voulu présenter ses déductions théoriques qu'en les étayant sur un nombre imposant de faits consciencieusement étudiés et à l'abri de toute contestation.

La question de l'encéphaloïde rétinien a été l'objet d'études fort intéressantes de la part de M. Sichel : toutes les tumeurs développées dans les membranes internes de l'œil étaient autrefois confondues sous le nom de *cancer*, et l'on s'étonnait de voir que ces prétendus cancers pouvaient dans certains cas être radicalement guéris, soit par une opération, soit par un traitement ayant pour but d'obtenir l'atrophie du globe. M. Sichel nous montre plusieurs faits desquels il résulte que la rétine, par exemple, peut être le siége de tumeurs bénignes formées par l'hypertrophie pure et simple de l'un de ses éléments normaux (les myéloblastes) : c'est ainsi qu'il faut expliquer la prétendue bénignité de certains cancers de l'œil. Le cancer vrai tue d'une manière tout aussi sûre le malade qui en est atteint, qu'il se manifeste dans l'œil ou dans tout autre organe de l'économie ; malheureusement nous n'avons pas encore

les moyens de diagnostiquer l'encéphaloïde de la rétine du pseudo-encéphaloïde.

Vient enfin le chapitre consacré à l'ophthalmoscopie. Ici l'auteur fait preuve de la variété et de l'étendue de ses connaissances : la théorie physique de l'ophthalmoscope est exposée d'une manière nette et facile, et l'élève, en se conformant aux préceptes posés dans cet article, sera bientôt capable de manier l'instrument sans perdre un temps infini à des tâtonnements infructueux. Les résultats donnés jusqu'ici par la précieuse découverte de Helmholtz, montrant la diversité des lésions organiques dont les membranes internes de l'œil peuvent être le siége, indiquent clairement que, dans un avenir prochain, cette expression si vague, *amaurose*, doit disparaître de la science, et être remplacée par des appellations précises désignant l'état anatomo-pathologique auquel est due la diminution ou l'abolition totale de la vision.

Les trois planches que M. Sichel consacre à la représentation des résultats de l'examen ophthalmoscopique embrassent à peu près tout ce que le praticien a besoin de connaître pour pouvoir diagnostiquer les maladies des membranes oculaires internes. Ces planches, digne couronnement de l'ouvrage, sont les plus parfaites que nous possédions sur ce sujet.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Contributions a l'histoire des affections cérébrales. — Un savant médecin que l'Angleterre a su enlever à la France, M. Brown-Séquard, vient de faire au Collége royal des médecins de Londres une série de leçons sur la valeur diagnostique et le mode de production des différents symptômes des maladies du cerveau. La discussion qui s'est produite au sein de l'Académie de médecine donne une opportunité toute particulière à ce travail; aussi nous croyons être utile à nos lecteurs en plaçant sous leurs yeux l'analyse que notre excellent confrère, M. Giraud-Teulon, en publie dans la *Gazette médicale.*

Après une courte introduction, légitimant l'importance du sujet choisi, au double point de vue de la science et de l'art, après avoir indiqué son intention de se renfermer le plus possible dans le côté pratique de la question, évitant tout détail superflu de théorie, M. Brown-Séquard expose ainsi le principal objet qu'il se propose dans cette communication :

Il est suffisamment connu, dit l'auteur, qu'une portion du cerveau (les lobes cérébraux) peut être totalement détruite sans la manifestation d'aucun symptôme extérieur; et, par contre, que, dans d'autres circonstances, une atteinte semblable peut être suivie de la manifestation des symptômes les plus variés, tels que lésions des sens par diminution, perte ou excès; perte de mouvement, convulsions, troubles de l'intelligence. Mais jusqu'ici, autant qu'il est à notre connaissance, aucune explication plausible n'a été donnée de cette grande variété dans les réactions. La notion communément acceptée est qu'une blessure locale de la substance cérébrale a la paralysie ou tel autre symptôme pour résultat direct. Ainsi, quand on rencontre une hémiplégie du côté gauche chez un individu, et une altération de tissu au milieu du lobe droit du cerveau, dans la lésion rencontrée dans l'organe est, sans hésiter, fixée la cause de la paralysie. Cependant, on peut bien se demander comment il se fait qu'après avoir rencontré une telle lésion avec la conséquence, hémiplégie, on ne trouve chez d'autres sujets (à la suite de la même lésion) aucune espèce de symptômes, et cinquante espèces de différents symptômes chez cinquante différents sujets. M. Brown-Séquard se propose de faire voir, d'une part, qu'une altération localisée de quelque point que ce soit de la substance cérébrale, peut produire toute espèce de symptômes, ou même aucun symptôme, et, par contre, que tous les différents symptômes qui suivent souvent la blessure du cerveau, peuvent être parfaitement provoqués et produits par des affections d'organes éloignés, sans la plus légère altération perceptible du tissu du cerveau lui-même.

Cette dernière assertion peut paraître offrir une contradiction. Comment, se demandera-t-on, se peut-il que des symptômes amenés par des affections éloignées, appartiennent également aux maladies du cerveau lui-même. Cette contradiction apparente tombera devant cette remarque, que les tissus malades du cerveau peuvent réagir sur les régions de la base de l'organe, de la même façon dont ces dernières sont influencées par l'état de toute partie du corps qui reçoit l'influx de l'innervation centrale. Ainsi, les lobes cérébraux peuvent exercer exactement le même genre d'influence (probablement de l'espèce des actions réflexes) que possèdent la peau ou les membranes muqueuses, que possèdent les membranes cérébrales elles-mêmes, lorsqu'elles sont malades.

Nous allons faire voir, ajoute l'orateur, que nombre de causes prenant leur origine, soit dans l'état du sang, soit dans une irritation de différents organes, peuvent produire non-seulement des symptômes séparés d'affection cérébrale, mais même des groupes sym-

ptomatiques souvent suffisants à affirmer une maladie du cerveau. Nous montrerons, par exemple, que l'hémiplégie peut dépendre non-seulement d'une altération du cerveau, mais même des conditions propres du sang ou d'une irritation communiquée par d'autres organes. Il sera tout aussi facile de faire voir que différentes maladies du cerveau, particulièrement des lobes antérieurs et moyens, peuvent offrir ou aucun symptôme ou une grande diversité de symptômes, et que, dans quelques circonstances, le siége et la nature de la maladie peuvent être aisément reconnus. Il en sera de même des corps striés et des couches optiques, et des autres parties de l'encéphale, du pont de Varole notamment.

Les symptômes d'une affection du cerveau peuvent suivre différentes conditions qui seront rangées dans sept classes distinctes : 1° insuffisance dans la quantité de sang apportée au cerveau; 2° altérations de la qualité du sang; 3° augmentation de la quantité de sang affluant vers le cerveau; 4° inflammation du cerveau ou de ses membranes; 5° commotion et autres atteintes mécaniques ; 6° excès d'action cérébrale sous l'influence de l'âme; 7° causes morales.

L'insuffisant apport du sang au cerveau peut dépendre de la contraction des vaisseaux encéphaliques, suite d'action réflexe. Telle est très-probablement la cause réelle qui, dans beaucoup de cas d'altération d'organes éloignés, produit les symptômes d'une affection du cerveau. La contraction des vaisseaux sanguins, M. Brown-Séquard l'a souvent observé, sous l'action réflexe, est un phénomène des plus importants de la physiologie, et sans entrer dans de grands détails, nous en donnerons deux ou trois faits pour démonstration. Ainsi, par exemple, le docteur Tholozan (notre collaborateur), et M. Brown-Séquard lui-même, ont positivement observé qu'en plongeant une main dans l'eau froide, la température de l'autre s'abaissait sensiblement, généralement de 3 à 4 degrés centigrades, et parfois de 10 degrés centigrades. De même si, en certaines conditions, on irrite les nerfs sensitifs de la face d'un animal, cet animal perd toute conscience et manifeste tous les symptômes de l'épilepsie. Il est hors de doute que ces phénomènes se rattachent directement à la contraction des vaisseaux encéphaliques. Peut-être peut-on penser aussi que les effets communément observés à la suite d'un coup violent sur l'estomac sont dus à la même cause. Mais la meilleure preuve de l'action réflexe dans l'apport du sang au cerveau est fournie par les expériences sur les animaux que nous venons de mentionner. Il serait aisé d'en ajouter beaucoup d'autres exemples ; mais tous les physiologistes sont aujourd'hui d'accord pour admettre cette influence.

La quantité de sang apportée au cerveau peut être aussi influencée par les causes qui diminuent la cavité intra-crânienne, comme des épanchements de sérosité, des productions osseuses, des tumeurs, etc.; par des embarras dans la circulation artérielle (embolies), des tumeurs qui compriment dans leur cours les artères vertébrales et carotides internes. On sait encore qu'après une perte de sang il y a diminution dans la quantité de ce fluide qui se rend au cerveau, comme cela a été démontré par le docteur Burrows, et confirmé par Kussmaul et Tenner ; mais il y a aussi d'autres causes et d'un caractère plus complexe.

Parmi les plus importantes de celles qui influent sur la circulation cérébrale, on peut citer un phénomène dont on doit l'observation première au docteur Kirkes : le transport d'un caillot de sang du cœur dans les vaisseaux encéphaliques. Au même rang on peut placer la circonstance de caillots formés sur place dans les vaisseaux mêmes.

Les altérations de qualité du sang doivent également être prises en considération. Rappelant simplement à l'esprit les maladies aiguës et diathésiques, le professeur ajoute ensuite que la qualité même du sang cérébral peut se voir altérée par un obstacle matériel au retour libre du sang veineux. L'acide carbonique retenu dans les vaisseaux du cerveau a été reconnu une cause très-puissante de convulsions; et l'on sait que la grande cause des convulsions épileptiformes est l'irritation produite par la rétention de cet acide dans les vaisseaux de la base du crâne.

L'action de l'accroissement de la quantité du sang n'a pas besoin d'exemples (puisque c'est presque la seule qu'eussent entrevue les anciens médecins pour lui attribuer l'apoplexie). L'auteur ne s'arrête donc pas sur cette partie de l'étiologie, et il passe à une division nouvelle de son sujet.

Il a été montré par les physiologistes que des atteintes de diverses sortes, comme l'application de la chaleur ou du froid, des sections, etc., peuvent être infligées aux lobes cérébraux, sans déterminer aucune manifestation extérieure. D'où vient alors que dans l'inflammation du cerveau nous rencontrions des symptômes que l'irritation directe des mêmes organes n'a pu déterminer? C'est qu'il a été reconnu que plusieurs tissus du corps, insensibles dans l'état sain, deviennent hautement (*highly*) irritables lorsque l'inflammation s'en est emparée; or, il n'y a aucun tissu dans l'organisme qui manifeste cette propriété à un aussi haut degré, qui soit si propre, lors de son inflammation, à produire des convulsions, que se

montre la dure-mère. De même l'encéphale lui-même, ou au moins la substance grise, insensible devant toute irritation à l'état sain, s'ils sont irrités dans l'état d'inflammation, manifestent aussitôt des symptômes de la souffrance qui leur est infligée.

Quels sont donc les symptômes de l'inflammation du cerveau ? La question n'est pas moins importante au point de vue du diagnostic que sous celui du traitement.

Un homme éprouve une paralysie, mais il n'a point de convulsions ni de sensations pénibles, de douleurs, rapportées au membre paralysé. Au bout de quelques jours seulement, des piqûres, des fourmillements et tous les symptômes qui suivent une myélite apparaissent dans le membre paralysé. Ces symptômes nouveaux proviennent de l'inflammation du cerveau et de rien autre, à moins que la cause n'en soit entièrement localisée autre part que dans le cerveau.

Nous venons de nous servir de l'expression « sensations, douleurs *rapportées* au membre paralysé, » ce terme demande explication. Il y a, en effet, une distinction capitale à établir entre la véritable sensation rapportée et les autres impressions pénibles qu'accuse le malade. Si la douleur dans le membre paralysé se manifeste indépendamment de toute sollicitation du toucher, de contraction, de secousse, de quelque mouvement que ce soit du membre, c'est une sensation rapportée, mais ayant son point de départ dans le cerveau. Son analogue est présenté dans la sensation produite par l'irritation du nerf cubital ; dans un des cas, le point de départ de la sensation existe dans le tronc même du nerf ; dans l'autre, c'est dans le cerveau lui-même ; mais elles sont également *rapportées* à la périphérie.

La véritable sensation rapportée doit donc être distinguée de tout autre genre de douleur rencontrée dans maint cas d'hémiplégie et qui dépend de l'irritation des nerfs moteurs du système vasculaire (*vaso-motor nerves*). L'irritation de quelque point que ce soit des centres nerveux peut produire ses effets dans quatre directions : l'intelligence, le mouvement, la sensation et les nerfs vaso-moteurs (les nerfs qui président à la nutrition étant compris dans ce dernier terme aussi bien que ceux qui régularisent le cours du sang). Comme conséquences de l'irritation de ce système vaso-moteur, on notera les troubles dans la température des parties, dans leur nutrition et même dans leur sensibilité. La douleur ainsi produite est spécialement ressentie dans les articulations ; elle peut être éprouvée encore dans le corps des muscles, mais son caractère distinctif

est d'être déterminée par le mouvement ou toute irritation mécanique du membre.

Une distinction souveraine doit être établie entre l'action produite sur le système des nerfs vaso-moteurs par la maladie des centres nerveux et celle qui prend son origine à la périphérie. Si, par exemple, l'irritation part des intestins (comme dans le cas de vers), on peut observer un trouble dans la nutrition de quelque région éloignée; si une personne a une névralgie dans un bras, elle peut aussi être atteinte d'atrophie musculaire progressive du membre opposé (non que nous voulions dire que la lésion du système vaso-moteur puisse être la cause unique de l'atrophie musculaire progressive). Quoi qu'il en soit, nous avons là un exemple de l'action réflexe des nerfs vaso-moteurs.

De même, dans un cas qui a pas sé sous nos yeux, un jeune garçon en plaçant le pied sur le plancher, en sortant du lit, présenta tout d'un coup des symptômes épileptiformes. L'unique lésion qui put être reconnue fut une légère écorchure près l'ongle du gros orteil; et pourtant le phénomène manifesté fut le résultat d'une altération de nutrition du cerveau, ou d'une action troublée des nerfs vaso-moteurs de l'organe, produites par action réflexe.

Des exemples d'effets semblables produits sur la sensation par action réflexe doivent souvent se présenter sans exciter suffisamment l'attention; un des plus communs est la douleur frontale éprouvée quand on prend un verre d'eau froide ou une glace. M. Brown-Séquard a connu une dame qui ne pouvait ressentir au cou un souffle d'air sans être immédiatement saisie d'une douleur très-vive dans le membre du côté opposé.

Ici se termine l'intéressante communication du savant physiologiste. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas eu le temps de passer en revue tous les chapitres énumérés au début de son travail et qui devaient offrir le tableau complet des conditions propres à provoquer des réactions symptomatiques d'une souffrance cérébrale. Néanmoins les développements qui précèdent sont suffisants pour appeler l'attention sur l'importance étiologique, en ces matières, de l'action réflexe, de la liaison du système sympathique par l'intermédiaire des nerfs vasculaires, avec le département de la nutrition et de la sensation cérébrales.

Ce simple coup d'œil montre l'étendue du champ, inconnu encore, à parcourir dans l'étude des réactions du système nerveux, et combien étaient loin de la vérité complète les auteurs pathologistes qui, dans une petite et réduite circonscription de lésions objectives, ont

cru pouvoir renfermer toute la pathologie cérébrale. Dans une case de l'échiquier à peine entrevue, c'était prétendre posséder toutes les multiples combinaisons du plus complexe, du plus difficile des jeux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement (*Rigidité du col de l'utérus pendant l'*). *Incisions*. On sait que, lorsqu'on a affaire à une rigidité spasmodique de l'orifice utérin, on parvient, en général, assez facilement à s'en rendre maître, à l'aide d'une petite saignée, quelquefois d'un bain prolongé et d'onctions avec l'extrait de belladone. Mais il n'en est plus de même lorsqu'on a affaire à ce que les accoucheurs désignent par le nom de rigidité mécanique, c'est-à-dire celle dans laquelle le col demeure dur d'une manière permanente, et quoi qu'on fasse. C'est de cette rigidité que nous voulons parler. Elle constitue plus qu'une cause de retard et un obstacle à l'accouchement : elle est, dans certains cas, une cause de grave danger, des ruptures de l'utérus pouvant survenir si l'accouchement était abandonné aux seuls effets de la nature Il s'agit donc ici d'intervenir. De quelle manière? Il n'y en a qu'une; c'est celle que professe et que met en pratique M. le professeur P. Dubois : les petites incisions. Voici de quelle manière ce professeur y procède : après que la vessie et le rectum ont été vidés, la femme est placée sur le bord du lit, comme pour l'application du forceps; on accroche avec l'index le point le plus tendu du col; cela fait, un bistouri courbe et boutonné, enveloppé d'un linge jusqu'à 1 centimètre ou 2 de la pointe, est introduit et poussé à plat sur l'index, puis on le retourne de manière à prendre 1 centimètre du tissu utérin; on peut impunément aller jusqu'à 2 et 3 centimètres. Il s'écoule un peu de sang, et l'accouchement ne tarde pas à se terminer. M. Pajot, qui a suivi cette pratique de son maître, cite l'exemple de femmes chez lesquelles les contractions duraient depuis quarante-huit heures, et qui ont accouché un quart d'heure après cette petite opération.

Ces incisions n'ont jamais produit aucun accident. M. P. Dubois ne veut même pas que l'on essaye, dans ce cas, d'autres moyens, celui-là réussissant toujours, quand la lenteur du travail exige qu'on y ait recours. Toutefois, il est des cas où la rupture des membranes, pratiquée en temps opportun, peut prévenir la nécessité de ces incisions. C'est ce qui a lieu dans les deux cas suivants, rapportés par M. le docteur Gyoux; le premier de ces cas lui est personnel.

Une femme primipare, âgée de vingt-deux ans, était en travail depuis vingt-quatre heures et avait des contractions énergiques, sans que la dilatation, qui était grande comme une pièce de deux francs, pût devenir complète. Le col était rigide; on avait employé l'extrait de belladone, prescrit un bain de deux heures, sans obtenir aucun résultat. M. Gyoux procéda alors à la rupture des membranes, et aussitôt les douleurs devinrent plus fréquentes et surtout plus fructueuses. Un quart d'heure s'était à peine écoulé que la tête avait franchi l'orifice utérin. D'autres circonstances particulières l'obligèrent à une application du forceps.

Dans le second cas, une femme, également primipare, âgée de vingt et un ans, avait des douleurs depuis vingt-six heures, lorsqu'elle entra à la Clinique. L'orifice interne du col présentait un rebord fibreux; le travail était arrêté. Au bout d'une heure et demie, après avoir prescrit sans succès la pommade de belladone et un grand bain, M. Pajot rompit la poche des eaux. Il revenait une demi-heure après, dans l'intention de pratiquer quelques incisions sur le col, lorsqu'une contraction énergique termina l'accouchement, au moment où l'on ne supposait pas que la dilatation fût encore complète. (*Gaz. des hôpit.*, février 1861.)

Drastiques (*Paralysies causées par les*). Nous croyons utile de continuer à signaler certains accidents plus ou moins graves, qui peuvent résulter de l'emploi de quelques médicaments. Les faits de paralysie, succédant à

l'usage des purgatifs, ne sont certainement pas communs de notre temps; mais en serait-il de même si cet usage était porté jusqu'à l'abus? C'est ce que pourraient dire les contemporains d'une époque qui n'est pas bien éloignée de nous, où cet abus n'était rien moins que rare; c'est ce que dit Chamberet dans son article Paralysie du *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, où il signale ce phénomène morbide comme un des résultats de l'abus des purgatifs. M. le docteur Hervier, chirurgien de l'hôpital de Rive-de-Gier, a eu occasion d'observer trois cas de ce genre que nous allons analyser.

Le premier est celui d'un homme de vingt-huit ans, de tempérament lymphatico-sanguin, de constitution robuste, qui, souffrant de phénomènes dyspepsiques avec fièvre et constipation, se traita lui-même au moyen de l'élixir antiglaireux de Guillié, dont il fit un usage immodéré. Il en absorba dix bouteilles, qui amenèrent de nombreuses selles sanguinolentes suivies de violentes coliques, de douleurs erratiques dans le dos, les lombes, les épaules et les flancs; à la suite, secousses convulsives dans les membres inférieurs, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés simultanément, puis amaigrissement et affaiblissement tel des forces motrices que la station debout était devenue impossible. Appelé alors, le docteur Hervier trouva les fonctions digestives en assez bon état, les fonctions intellectives et sensorielles conservées; la peau, pâle, décolorée, était le siége d'un sentiment de froid général; le sommeil était rare. Le malade ne parvenait qu'avec peine à faire exécuter à ses membres inférieurs, amaigris et un peu œdématiés vers l'article tibio-tarsien, quelques petits mouvements de latéralité, et encore fallait-il qu'il fût dans le décubitus dorsal; dans la position assise, les deux pieds étaient entraînés en avant dans l'extension la plus complète, sans qu'il y eût une rétraction active des tendons. Les fourmillements des extrémités avaient cessé, ainsi que les douleurs erratiques du tronc. La sensibilité était partout normale, la contractilité électro-musculaire conservée. Après l'emploi sans succès des rubéfiants, des exutoires, de la noix vomique, de la strychnine, etc., notre confrère eut recours à la faradisation localisée à l'aide do l'appareil de Legendre et Morin. Les courants continus ou à intermittences rapides produisirent une notable amélioration; ce ne fut toutefois qu'après vingt-sept séances, de trente à quarante minutes chacune, que le malade put fléchir le pied sur la jambe; à partir de ce moment, l'amélioration progressa rapidement et enfin la guérison fut complète: au bout de quelques mois, le malade put reprendre sa profession de forgeron.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme vigoureux qui, d'après les conseils d'un charlatan, avait pris une pinte de teinture vineuse de coloquinte pour se guérir d'une gonorrhée ancienne. Après des évacuations séro-sanguines abondantes, il survint des fourmillements, des crampes, de la rétention d'urine; et le malade ne tarda pas à s'apercevoir qu'il lui était difficile de se tenir debout et impossible de marcher; les membres abdominaux étaient frappés de paralysie, avec conservation de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaire. Après une amélioration passagère due à l'emploi de divers moyens, et entre autres à celui de vésicatoires saupoudrés de strychnine, la paraplégie menaçant de rester stationnaire, la faradisation fut appliquée; la guérison fut complète après dix séances.

Enfin la troisième observation de notre confrère a rapport à un homme de cinquante ans qui, tourmenté par la crainte d'éventualités syphilitiques dont il se croyait menacé à la suite d'un chancre, fit usage, vers la fin de 1854 et dans le cours de l'année suivante, de remèdes secrets qui déterminèrent constamment des selles sanguinolentes, et qui est atteint depuis les premiers mois de 1855 d'une hémiplégie, laquelle a résisté aux nombreux moyens thérapeutiques auxquels il a été soumis. Il n'échappera pas à nos lecteurs que ce cas est peut-être passible de quelques objections. (*Montpellier médical*, février 1861.)

Electricité (*Traitement des hallucinations par l'*). Dans la pensée qu'on pourrait obtenir dans le traitement des hallucinations quelques bons résultats d'une modification continue du système nerveux telle que celle qui résulte de l'usage des appareils galvaniques à courant continu permanent, M. Baillarger a engagé M. Hiffelsheim à traiter par cette méthode plusieurs aliénés de son service. Voici les résultats assez remarquables qui ont été obtenus.

La première malade sur laquelle ces

tentatives ont été faites, et qui était atteinte d'hallucinations de l'ouïe durant depuis plus d'une année, en a obtenu une guérison complète. Chez deux autres malades, le traitement a également réussi, mais dans l'un de ces cas les hallucinations dataient de deux mois à peine. La seconde avait de fausses perceptions de l'ouïe qui remontaient à plusieurs années, et elles semblaient avoir complètement cessé depuis deux mois au moment de la sortie. Nous rapporterons avec quelques détails l'histoire de cette malade, qui présente un grand intérêt.

Obs. Mlle F***, âgée de soixante-quatre ans, ancienne institutrice en Angleterre, de retour en France depuis huit jours seulement, entre à la Salpêtrière le 27 février 1859. Elle raconte qu'il y a un mois elle a eu une vive frayeur, et que depuis ce temps elle entend des voix qui lui parlent presque continuellement. On lui dit toutes sortes de choses désagréables ; on la traite de voleuse, de menteuse ; un lui parle surtout d'un procès dans lequel elle serait impliquée avec une dame anglaise. Elle est faible sur ses jambes et ne peut rester longtemps debout. Sa santé est assez mauvaise. Un traitement tonique est commencé aussitôt, et tout en améliorant l'état général de Mlle F***, il ne modifie pas les hallucinations. Au mois de février 1860, la malade est toujours dans la même position ; elle entend des voix qui lui répètent qu'elle a menti, qu'elle a volé, etc. La malade s'accuse elle-même et pense que les voix ne disent que la vérité ; de là pleurs et lamentations. La nuit, ces voix la poursuivent encore et l'empêchent souvent de dormir. Elles commencent toujours à parler dès qu'elle s'éveille. Sa physionomie exprime une souffrance morale profonde.

Le 13 février, on place sur la tête de la malade une pile portative de 30 éléments. Des extrémités de cette pile partent deux fils isolés métalliques, portant des éponges, que l'on place dans les oreilles de la malade. Au moment de l'application de la pile, la malade voit des bluettes et des éclairs qui cessent au bout de quelques instants. C'est l'effet de la fermeture comme aussi de l'ouverture d'un courant d'une certaine intensité. Le 14, la malade entend moins ses voix ; elle ne sait pas, dit-elle, si cela tient à ce que les gens sont plus éloignés ou à ce qu'ils parlent bas.

Le 24, Mlle F*** est soumise à l'action d'une batterie de 60 éléments. Les pôles sont munis de deux fils conducteurs qui se rendent aux oreilles.

Le 27, depuis que l'on fait usage de la batterie, la malade dort bien, quoique pendant la nuit elle ne soit pas soumise régulièrement à l'action de l'électricité. Elle n'entend presque plus de voix.

Le 11 mars, la malade a entendu ses voix pendant un moment dans la matinée. On cesse l'emploi de la batterie et on la remplace par une pile de 30 éléments disposée comme au début du traitement, et permettant le déplacement dans les cours, les ateliers. Les jours suivants, la malade n'entend plus de voix.

Enfin, après quelques légères alternatives d'amélioration croissante, le 28 juin, la malade annonce qu'elle n'entend plus ses voix. Depuis ce moment, elles ne sont plus revenues. La malade n'en a pas moins continué à être soumise au courant de la batterie, qui plus tard a été remplacée par celui d'une simple pile de 30 éléments. Le 6 août, elle ne garde sa pile que de deux jours l'un, et enfin, le 14, elle cesse définitivement de la garder.

Le 5 décembre, quatre mois après la cessation du traitement, la malade avait repris un *facies* normal qui suffisait à lui seul à prouver la solidité de la guérison. (*Gaz. des hôpit.*, février 1861.)

Fistule à l'anus (*Traitement de la*), *au moyen d'un nouveau procédé de cautérisation*. La méthode de traitement des fistules consistant à détruire les tissus morbides au moyen d'un caustique pour obtenir, après la chute de l'escarre, un tissu sain qui bourgeonne, se convertisse en tissu inodulaire, et amène ainsi l'oblitération du trajet fistuleux, est, sans contredit, une méthode rationnelle, basée sur l'observation même de la nature. Si elle n'est pas toujours et partout applicable, il est sûrement un certain nombre de cas où, convenablement employée, elle peut et doit amener la guérison, et c'est au chirurgien de reconnaître ces cas, puis de se décider dans le choix du caustique et du mode d'application. Le procédé suivant, mis en usage par M. le docteur Rouault, est d'une remarquable simplicité dans son exécution.

Il consiste à introduire, dans toute la longueur du trajet fistuleux, un stylet cannelé, dont on a préalablement rem-

pli la cannelure de pâte de Vienne, puis à le faire tourner lentement sur lui-même, dans le but de mettre tous les points de la surface de l'ulcère en rapport avec le caustique; après le second temps, dont la durée doit égaler au moins quatre à cinq minutes, on retire le stylet, et toute l'opération se trouve terminée. — Entre autres avantages, ce procédé, d'après son auteur, présente ceux de ne donner lieu qu'à une douleur qui n'est vive que pendant l'introduction de l'instrument et qui ne dure guère au delà d'une demi-heure; de ne susciter aucun phénomène phlegmasique intense, et de ne rendre nécessaire aucun pansement, de telle sorte que le malade pourrait reprendre dès le lendemain ses occupations ordinaires.

M. Rouault a eu recours au moyen qu'il préconise dans trois cas seulement, dont nous ne citerons que le plus important : c'est un exemple de fistule à l'anus.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, d'une mauvaise constitution, qui était atteinte, depuis six années, d'une fistule qui avait succédé à un abcès de la marge de l'anus. C'était une fistule complète, d'un pouce et demi environ de longueur, qui se laissait facilement traverser par le stylet. Après avoir vidé le rectum au moyen d'un lavement purgatif administré la veille, et la malade étant couchée sur le côté, la cuisse qui reposait sur le lit dans l'extension et l'autre fortement fléchie sur le bassin, M. Rouault porta dans le rectum l'indicateur gauche, et, de la main droite, introduisit par l'orifice externe de la fistule un stylet, dont la cannelure était chargée de pâte de Vienne ; lorsqu'il eut senti, avec lo doigt placé dans le rectum, le bec du stylet, il fit exécuter à celui-ci la rotation lente dont il a été question ci-dessus, pour mettre le caustique en contact avec tous les points de la cavité pathologique; puis il retira l'instrument. Pendant cette opération, douleur vive, qui no tarda pas à s'amoindrir et disparut presque complétement au bout d'une demi-heure ; à la suite, aucun accident appréciable ; la malade, blanchisseuse de son état, put reprendre son travail dès le lendemain et le continuer les jours suivants. L'écoulement habituel qui se faisait par l'orifice externo se suspendit complétement pendant quatre jours ; puis il reparut lorsque l'escarre commença à se détacher, devint plus abondant et plus franchement purulent, puis diminua et cessa tout à fait au bout de quinze jours. A cette époque, le stylet ne pouvait pénétrer qu'à quelques lignes de profondeur ; un mois après, le travail de cicatrisation était complet, et le trajet fistuleux converti en un cordon fibreux. La guérison ne s'est pas démentie depuis trois ans.

Ce résultat est heureux, encourageant. Est-ce à dire que le procédé soit applicable à tous les cas? Évidemment non, et ceux où il ne saurait être employé se présentent d'eux-mêmes à l'esprit. Mais il en est souvent ainsi en thérapeutique : à côté du chapitre des indications il y a celui des contre-indications, et le talent du praticien consiste à savoir distiuguer les conditions auxquelles chaque moyen peut s'adapter avec chance de succès. (*Union méd. de la Gironde*, janvier 1861.)

Hydrocèle *traitée par le séton de fil de fer*. Un ouvrier de vingt-huit ans avait une hydrocèle de la grosseur du poing ; il possédait d'ailleurs une bonne santé et attribuait sa maladie à un coup reçu neuf mois auparavant. M. Thompson fit, en septembre 1858, une acupuncture qui donna issue à quelques gouttes de sérosité, et la tumeur disparut au bout de vingt-quatre heures. Le 4 décembre, l'hydrocèle avait repris son premier volume, et l'on résolut d'employer la méthode du docteur Simpson, ou le séton en fil de fer. Le sac fut traversé par une aiguille munie d'un fil de fer double dont les deux extrémités furent réunies et tordues sur le scrotum en évitant de le comprimer. On sortit les fils de fer le quatrième jour, lorsque la tumeur eut disparu et que l'on put espérer la guérison. Le 12 du même mois survinrent les symptômes d'une violente inflammation ; la suppuration s'établit et dura pendant un mois. Après la cicatrisation, le sac parut oblitéré au-dessous des ouvertures, mais la cure n'était pas complète et l'hydrocèle se reforma à la partie supérieure du sac qui n'avait pas encore été oblitérée.—Au mois de mars, la tumeur avait acquis le volume d'une noix de coco ; on pratiqua une seconde opération avec quatre fils de fer ; deux heures après l'opération, le liquide était évacué. Le troisième jour, on sortit les fils de fer, et peu de jours après il survint une inflammation plus forte que la première. Pendant un mois, le malade ne put sortir du lit ;

à deux reprises, M. Thompson fit de larges incisions pour donner issue au pus. Plusieurs abcès se formèrent à la partie supérieure vers les ouvertures qui avaient donné passage au séton; le plus volumineux de ces abcès se forma le 26 avril 1859. Le 25 juin, la cure paraissait radicale et à l'abri de toute récidive. (*Gaz. méd.*, février 1861.)

Impuissance. *Rôle de l'électrisation localisée.* Le docteur Schulz a employé avec succès l'électricité dans un certain nombre de cas d'impuissance. Il a pu, par ce moyen, rendre à l'organe copulateur la faculté de l'érection chez des hommes qui, depuis dix ou quinze ans, malgré toute espèce de traitement, n'avaient pu obtenir d'amélioration dans leur état. M. le docteur Van Holsbeek a fait récemment usage de ce moyen avec succès chez quatre sujets atteints d'impuissance due aux abus vénériens. Voici la relation de deux de ces cas qui nous ont paru mériter l'attention des praticiens.

Obs. I. M. S***, âgé de trente et un ans, assez bien constitué, n'ayant jamais eu d'autre maladie qu'une urétrite légère, qui céda promptement à la potion de Chopart, alla consulter M. Van Holsbeek au mois d'avril 1860, pour une impuissance qui datait de plus de sept mois. Il avait employé sans succès les remèdes les plus préconisés, sans en excepter la teinture des cantharides, qu'il avait prise à de très-fortes doses. M. S*** attribuait avec raison son impuissance à des abus vénériens. Il avait les testicules peu volumineux, comme flétris, pendants et sans fermeté; le scrotum était flasque, le gland ridé et peu sensible. Il était triste et voulait en finir avec la vie. Il fut soumis à l'électricité localisée. M. Van Holsbeek se servit du courant de second ordre et de petits excitateurs confectionnés *ad hoc;* il porta l'électricité principalement sur les ramifications périphériques des nerfs, au gland, sur la face dorsale du pénis et sur le scrotum. Dès la troisième séance, il y avait un mieux sensible. On introduisit alors un petit excitateur dans le canal de l'urètre, et on fit quelques fustigations à l'aide de la brosse métallique sur le bas-ventre, sur le scrotum et au périnée. Au bout de onze séances, M. S*** était radicalement guéri. Sa guérison ne s'est pas démentie depuis.

Obs. II. M. Z***, âgé de quarante-deux ans, alla consulter M. Van Holsbeek, au mois d'octobre 1860, pour une impuissance qui datait de plus de vingt mois. Les voyages, les bains, ni aucun des remèdes usités n'avaient pu le débarrasser de son infirmité. M. Z*** n'avait jamais eu de maladie vénérienne, et ne pouvait attribuer cette infirmité qu'aux excès sexuels qu'il avait commis. Il avait placé son dernier espoir dans l'électricité. M. Van Holsbeek employa le courant de second ordre, et il excita énergiquement la sensibilité des vésicules séminales, de la peau du pénis, des testicules, du scrotum et du canal de l'urètre. L'opération fut répétée tous les jours. Au bout de seize séances, M. Z*** était complétement guéri. (*Annales de l'électricité médicale*, février 1861.)

Luxations *traumatiques sous-pubiennes ou ovalaires du fémur, avec conservation immédiate des usages du membre.* La gêne et l'impossibilité des mouvements ont toujours été comptés parmi les caractères les plus constants des luxations récentes et particulièrement de celles qui ont pour siége les articulations diarthrodiales. Aussi les hommes de l'art n'ont-ils admis ni supposé qu'un malade pût se servir assez librement d'un membre luxé pour continuer sans interruption ses occupations habituelles, comme s'il avait seulement subi une simple et légère contusion. Des faits de ce genre existent cependant, et comme ils sont de nature à inspirer une sécurité dangereuse et à causer des erreurs de diagnostic d'une grande gravité, il est bon de les signaler. Après avoir cité plusieurs observations de luxations du fémur en bas et en dedans (*sous-pubiennes, ischio-pubiennes*, ou *ovalaires*) qui n'ont pas empêché ceux qui en étaient atteints de marcher immédiatement et de se livrer à leurs exercices ordinaires, sans douleur très-marquée et sans beaucoup de claudication, M. Sédillot ajoute : La persistance des mouvements et des fonctions du membre s'explique par les rapports de la tête fémorale avec le trou ovalaire, dont la profondeur et les contours offrent des points d'appui très-favorables à la mobilité de l'os luxé. Il serait parfois intéressant de constater anatomiquement la situation exacte de la tête fémorale par rapport à la cavité cotyloïde et au trou ovalaire.

Malgré le rétablissement immédiat et spontané de la marche et de la station verticale, les principaux symp-

tômes du déplacement sous-pubien ou ovalaire n'en restent pas moins très-distincts pour un observateur attentif.

1° Le membre luxé est allongé de 1 à 5 centimètres, et ce symptôme pathognomonique frappe d'autant plus, que l'abaissement de la hanche du même côté l'exagère encore.

2° Le grand trochanter est porté en dedans, en arrière et en bas, et la région qu'il forme et qui est normalement saillante, paraît, au contraire, déprimée et aplatie.

3° Tout le membre inférieur est manifestement porté en dehors et le pied est tourné dans l'abduction.

4° La rotation du pied en dedans est généralement impossible.

5° La flexion de la cuisse sur le bassin est assez aisée pendant l'abduction du membre, mais cesse de pouvoir être exécutée, si l'on place la cuisse dans l'adduction.

6° L'extension est complète et sans obstacle.

7° Les luxations ovalaires sont les plus fréquentes et les moins graves.

8° Ces luxations sont plus communes dans la jeunesse et chez les personnes dont les jointures offrent naturellement une grande laxité.

9° La réduction s'en obtient assez aisément, même après plusieurs semaines, par la traction de dedans en dehors de la partie supérieure de la cuisse pendant que le genou est dirigé en dedans et en avant et tourné dans l'adduction, dès qu'on suppose la tête fémorale parvenue au niveau de la cavité cotyloïdienne.

10° La seule précaution nécessaire pour éviter la récidive de la luxation est de maintenir le membre inférieur allongé et tourné dans une légère adduction.

11° La guérison s'opère rapidement et d'une manière complète.

12° En cas de non-réduction, les os se moulent et s'appliquent l'un sur l'autre, et les malades parviennent fréquemment à se servir de leur membre, tout en restant affectés de claudication.

Paralysie *des extrémités inférieures, produite par l'usage alimentaire de la gesse.* Un fait curieux a été observé ces dernières années dans le district d'Allahabad, aux Indes : c'est une sorte d'épidémie de paralysie des membres inférieurs, produite par l'usage de la gesse cultivée comme aliment. Voici en quels termes M. le docteur James Irving rapporte ce fait :

« En octobre 1856, un collecteur d'Allahabad, faisant sa tournée, fut frappé, en arrivant dans une dépendance de ce district (Porgunnah-Barra), du nombre de boiteux qu'il rencontra dans toutes les directions. En février 1857, le docteur Irving, ayant fait rassembler dans une des localités du district les boiteux des villages voisins, trouva environ cinquante hommes, tous plus ou moins boiteux des deux jambes ; quelques-uns pouvaient à peine se soutenir, d'autres étaient légèrement affectés; tous, sans exception, dirent qu'ils étaient devenus paralytiques pendant les pluies, le plus souvent tout à coup, et plusieurs pendant la nuit. Des hommes, qui s'étaient couchés bien portants, s'étaient éveillés les jambes roides, la région lombaire affaiblie, et, à partir de ce moment, ils n'avaient pas recouvré l'usage de leurs membres. D'abord, la claudication était légère et la roideur peu marquée dans les genoux; avec le temps, les muscles des mollets étaient douloureux, la roideur et la faiblesse augmentaient. Tous attribuaient leur mal à ce qu'ils se nourrissaient surtout de *gesse cultivée ;* peut-être faut-il y joindre la mauvaise qualité des eaux, chargées de sel pendant la pluie.

« Les bras, chez ces malades, conservaient leurs mouvements. La lésion des jambes était quelquefois si prononcée, que ces individus ne pouvaient marcher. Les hommes étaient plus atteints que les femmes, et les pauvres plus que les gens aisés.

« Le recensement de Pergunnah-Barra établit que 2,028 personnes présentaient des symptômes de cette paralysie, environ 1 sur 31,30 habitants. La topographie de ce lieu montre qu'il ressemble à un vaste marais.

« L'action de la gesse, cultivée comme aliment, sur les extrémités inférieures, est généralement connue des habitants des Indes. Le docteur K. Kirk en donne des exemples dans sa *Topographie de l'upper midh.* Le colonel Sleeman en cite des exemples dans son ouvrage. Il ajoute que les habitants du territoire de Sangor, qu'il visita, croyaient que les chevaux et les bœufs qui se nourrissaient de gesse perdaient l'usage de leurs membres. Le docteur Thomas Thomson rapporte, dans ses voyages à l'Himalaya, des observations de paralysies dues à l'emploi de la gesse cultivée, qu'il avait observées au Tibet.

« En Europe, des faits semblables ont été recueillis. Ainsi Dow dit, dans le *Dictionnaire du jardinier*, que le mélange de la farine de cette plante avec moitié de celle de froment détermine la rigidité des membres. Vilmorin a publié le cas d'une femme jeune et bien portante chez laquelle l'usage du *lathyrus cicer*, pendant plusieurs semaines, amena la paralysie des extrémités inférieures.

« Le traitement suivi dans les Indes par le docteur Irving s'est borné aux toniques, à une diète généreuse, et à quelques applications de ventouses ; un malade, qui ne pouvait marcher sans le secours de bâtons, put, au bout de quelque temps, se soutenir sans tuteurs. » (*Gaz. des hôpit.*, février 1861.)

Strabisme double. *Opération, guérison*. L'opération du strabisme, trop décriée à une certaine époque pour avoir été trop vantée et surtout inconsidérément pratiquée, est restée aujourd'hui une conquête définitivement acquise à la pratique, et il y aurait plus que de l'injustice à méconnaître les services qu'elle peut rendre. Voici un exemple d'une heureuse application de la myotomie oculaire, pratiquée dans un cas de strabisme double.

Une jeune fille de seize ans, E. R***, modiste à Bordeaux, est affectée depuis l'enfance d'un strabisme double convergent. Il a été alternatif dans le principe, c'est-à-dire que, pour regarder les objets situés à sa droite, l'enfant se servait de l'œil gauche et réciproquement. L'œil gauche, le plus dévié, ayant bientôt cessé de remplir ses fonctions, et l'enfant s'étant peu à peu habituée à ne tenir compte que de l'image fournie par l'œil droit, cet œil étant en rapport avec un objet, une bougie, par exemple, placée à 1 mètre, l'œil gauche se dévie d'environ 45 degrés, c'est-à-dire que, si l'on met un écran opaque devant l'œil droit, l'œil gauche, pour venir se mettre en rapport avec la bougie, accomplit un mouvement de rotation égal à un huitième de circonférence; si l'œil droit est en rapport avec un objet situé à la droite de la malade, la cornée gauche disparaît complétement dans le grand angle et laisse voir la sclérotique. Si l'on ferme l'un des deux yeux avec un doigt, l'autre peut exécuter tous les mouvements possibles.

Le 17 septembre 1860, Mlle E. R*** fut opérée par M. le docteur Guépin de la manière suivante : le muscle droit interne gauche fut coupé à son insertion antérieure, et sur-le-champ la rectification fut à peu près complète. La cicatrisation marcha rapidement sans aucun incident. On laissa à la cicatrice le temps de s'établir, et la rétraction du tissu inodulaire se produisit. La déviation des deux yeux, pour une bougie placée à 1 mètre, fut appréciée avec les verres prismatiques et évaluée à 10 degrés. — Le 10 octobre, le droit interne droit fut divisé à son insertion antérieure. Tout se passa régulièrement ; la rectification est depuis complète et se maintient. — L'opérée a été examinée depuis le 1er janvier, et on a constaté que les cicatrices étaient invisibles, que la rectification était complète, la vision simultanée facile, et que l'œil gauche avait beaucoup gagné sous le rapport de la vision. (*Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1861.)

VARIÉTÉS.

Enquête sur les membres artificiels.—Valeur du point d'appui à la cuisse [1].

Lettre à M. le docteur Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louvain.

AMPUTATIONS DOUBLES.

C'est surtout dans les cas de double mutilation qu'on devrait pouvoir trancher le point en litige. Deux motifs rendent ces occasions rares. D'abord, les doubles mutilations sont heureusement peu nombreuses, puis le nombre des mutilés qui peuvent faire les frais de semblables essais est plus petit encore. J'en possède toutefois deux. Je dois la première expérience au concours généreux de M. J. Charrière.

---

[1] Suite et fin. — Voir la livraison du 15 janvier, p. 41.

Obs. VII. *Double amputation sus-malléolaire. — Usage d'un appareil prenant son point d'appui à la partie supérieure de la cuisse.* — Jacques, charretier, âgé de quarante-deux ans, est amené, le 15 mai 1856, à l'hôpital Beaujon avec les pieds littéralement broyés. Le lendemain, M. Robert lui pratique une double amputation au tiers inférieur de chaque jambe. De cette façon, on lui laissait des bras de levier de même longueur, afin de lui faciliter la marche avec des membres artificiels, car je destinais cet homme à me servir de sujet pour une nouvelle expérience. Celle-ci fut plus difficile que je ne m'y étais attendu. Jacques habitait la banlieue et n'avait pas droit à recevoir même de simples pilons ; ceux-ci devaient lui être fournis par sa commune. Le maire envoya 50 francs, alléguant que les fonds dont il disposait ne lui permettaient pas de faire plus. Le directeur de l'assistance, M. Davenne, que je fus trouver, voulut bien ajouter pareille somme. J'avais donc enfin, et avec grand'peine, obtenu 100 francs, le sixième de la somme qui m'était nécessaire pour faire fabriquer les deux jambes artificielles.

J'allai trouver M. J. Charrière et lui racontai l'embarras où je me trouvais. Notre jeune fabricant, qui marche si dignement sur les traces de son père, n'hésita pas un instant à me faire construire deux membres artificiels pour les 100 francs qui m'étaient alloués. Ces jambes furent construites sur le modèle qui prend son point d'appui au bassin, moins le bourrelet destiné à venir arc-bouter sur l'ischion. Il y avait un intervalle d'environ trois travers de doigts entre l'ischion et le bord supérieur du cuissard.

Après quelques jours d'essai des appareils dans les salles, Jacques put parcourir les cours et se promener avec les autres malades, en s'appuyant sur une simple canne.

Lorsque M. Robert fut convaincu des bons services rendus dans ce cas par la prothèse, le malade fut évacué sur l'hôpital de convalescence de Vincennes. Il resta plusieurs mois dans cet établissement, sous les yeux de M. Laborie, puis rentra dans sa famille.

Jacques devait venir me voir de temps en temps, après sa sortie ; il n'en a rien fait, comme cela arrive le plus souvent pour les malades des hôpitaux. Je n'ai pu le retrouver, et son observation se borne aux quelques mois passés sous les yeux de nos collègues Robert et Laborie.

Je regrette beaucoup la négligence de cet homme, car le résultat était des plus remarquables. Pour preuve, je vous citerai ce seul fait : peu de temps après son entrée à l'hôpital de Vincennes, Jacques vint à pied de cet établissement à l'hôpital Beaujon, et il se trouvait si peu fatigué qu'il comptait, dit-il à M. Robert, s'en retourner également à pied.

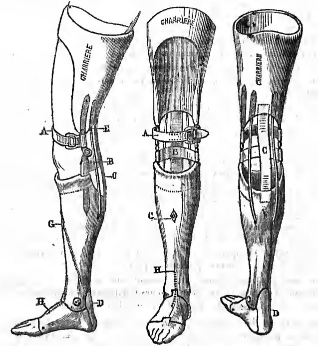
Les meilleures observations sont celles qui sont recueillies dans la pratique civile. On est en rapport avec des personnes intelligentes, qui laissent rarement les expériences incomplètes. En voici un exemple remarquable.

Obs. VIII. *Jeune magistrat amputé des deux jambes. — Usage d'appareils artificiels. — Essai successif des deux points d'appui.* — Le 4 mars 1856, M. X***, juge suppléant à Sainte-Menehould, âgé de trente-deux ans, fut jeté par accident sur la voie du chemin de fer de l'Est, dans l'intérieur de la gare de Meaux ; un train en mouvement passa sur ses deux jambes, qui furent littéralement broyées. Le blessé fut transporté dans sa famille, et, examen fait des parties, il fut reconnu qu'une double amputation était nécessaire ; ces opérations furent pratiquées le lendemain par M. Houzelot. Cinquante jours après l'accident, les

plaies des moignons étaient cicatrisées, et, grâce à sa bonne constitution non moins qu'à son stoïcisme, M. X*** rentrait dans la vie commune.

M. X*** dut d'abord faire usage de deux pilons; il s'habitua très-facilement à s'en servir. Mais avec de semblables appareils sa carrière était perdue : la majesté de la toge s'accommode mal du port de deux jambes de bois. M. Houzelot, se rappelant que la Société de chirurgie m'avait chargé de lui faire un rapport sur les jambes artificielles, vint me trouver, afin de discuter avec moi la valeur des divers modèles livrés par nos fabricants. Notre collègue, comme tous les chirurgiens français, avait une prédilection pour les appareils prenant leur point d'appui au bassin. Toutefois, après le récit des faits que je viens de rapporter, et s'en fiant à mon expérience personnelle, M. Houzelot se rangea à mon avis, et il fut convenu que nous essayerions sur son mutilé la jambe américaine.

J'adressai à M. Osborne, le représentant de M. Palmer à Londres, le moule en plâtre des deux moignons, le priant, dès que les appareils seraient terminés, de vouloir bien venir les appliquer : ce qui eut lieu. Voici, sur les premiers essais, les renseignements qui m'ont été transmis par M. Houzelot :



Jambe Mille, modèle Zavier.

« 16 juillet 1856. M. X*** fait pour la première fois usage des jambes Palmer; malgré l'emploi des pilons pendant deux mois et demi, l'étude du nouvel appareil est rapide et facile ; le troisième jour, M. X*** descend au jardin, et remonte dans son appartement, soutenu par un bras.

« Le lendemain (quatrième jour), il se rend en voiture au chemin de fer,

prend le train jusqu'à Châlons-sur-Marne, et fait dix lieues en poste pour gagner Sainte-Menehould. Là, il marche seul, et, appuyé sur une canne, va rendre visite à ses amis, qui sont émerveillés du résultat.

« Septembre. M. X*** passe les vacances à la campagne ; aidé d'un bras, il se promène pendant une heure et demie sans trop de fatigue.

« Mars 1857. Il fait, avec l'appui d'une canne, six kilomètres en une heure quarante minutes.

« Pendant tout ce temps le progrès a été journalier, continu et sensible. Aujourd'hui, novembre 1858, M. X*** marche seul facilement et sans trop de fatigue. Il supporte son appareil quinze heures de suite, à la condition de changer de temps en temps de position. Comme le moignon droit est le plus long, il offre un meilleur point d'appui ; aussi est-ce sur cette jambe que M. X*** se pose, quand il est fatigué. Il va et vient dans son appartement sans canne, se baisse, peut ramasser un objet à terre. Il s'assied et se lève sans aucune aide. Il marche très-facilement sur un plan uni et horizontal, monte sans peine un plan incliné ; c'est le contraire pour descendre.

« M. X*** affirme ne pas être arrêté dans les relations ordinaires de la vie. Enfin, après un tel accident, la réparation est aussi complète qu'elle pouvait l'être.

« Ce jugement s'applique exclusivement à la jambe américaine, que M. X*** préfère aux autres à tous égards.

« Pour mieux vous rendre compte de la valeur du point d'appui, M. X*** s'est fait faire un appareil de Mille, modifié par Zavier, ancien ouvrier de Charrière. Ce membre artificiel est construit tout en bois, comme la jambe Palmer, mais le cuissard remonte jusqu'au bassin et offre un point d'appui à l'ischion (1). Voici le résultat de l'examen comparé des deux appareils :

« La jambe de Zavier, bien que d'un poids égal dans la balance à celle de Palmer, fatigue davantage pendant la marche, gêne pendant la station assise, et permet de se lever moins facilement, comme aussi de monter dans une voiture et d'en descendre. Le seul cas où l'appareil de Zavier présente quelque avantage, c'est dans la descente sur un plan incliné.

« La jambe Palmer est légère, se prête parfaitement au mouvement des courts leviers (un des moignons a 10 centimètres à partir de la rotule, l'autre 20). Suivant M. X***, le cuissard, qui prend son point d'appui sur la partie moyenne du segment supérieur du membre, offre une base de sustentation équivalant à celle de l'appareil de Zavier, qui monte jusqu'au bassin.

« Enfin, détail non moins important, la jambe de Palmer a été l'appareil dont on a usé le plus longtemps sans qu'il dût subir de réparation. »

J'ai suivi avec un grand soin les essais de M. X*** chaque année, je l'ai vu plusieurs fois, et je viens même de surveiller la confection des deux nouveaux appareils destinés à remplacer les jambes Palmer. Toutefois, j'ai préféré donner les appréciations de M. Houzelot, parce que, habitant la même ville que M. X***, il le rencontre chaque jour, et que son témoignage en faveur du point d'appui à la cuisse a d'autant plus de valeur, qu'avant d'être témoin de cette

(1) Ce qui distingue surtout l'appareil de Zavier est l'addition des courroies A et B. Cette dernière (B) offre un point d'appui aux moignons, quelque courts qu'ils soient, et facilite par là le jeu de l'appareil. J'aurais désiré voir M. X*** user simultanément des deux appareils, à gauche une jambe Zavier, puisque le moignon n'a que 10 centimètres, et à droite la jambe Palmer.

expérience notre collègue avait une grande prédilection pour les appareils prenant leur point d'appui au bassin.

Tels sont les faits dont j'ai été le témoin. Peut-être me serait-il possible d'en tirer quelques conclusions ? Je veux le tenter avec une grande réserve ; car lorsqu'une question nouvelle surgit, il est difficile de l'instruire avec les documents recueillis avant qu'elle ait vu le jour : il lui faut une expérience, une discussion et même une statistique toute spéciales. Il est possible au zèle d'abréger seulement cette étude, en posant les conditions du problème : c'est ce que je vais faire ; le reste est l'œuvre du temps.

Conclusions.

1° Lorsque les mutilés doivent exercer une profession qui exige qu'ils soient debout la plus grande partie de la journée, on devra leur recommander les appareils prenant leur point d'appui au bassin ;

2° Lorsque ce point d'appui est mal supporté, ou si les mutilés appartiennent aux classes aisées de la société, on fera choix, de préférence, des membres artificiels qui se fixent à la partie moyenne de la cuisse.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 4 mars 1861, les circonscriptions des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Lyon, de Grenoble et de Marseille, en ce qui concerne la réception des officiers de santé, des pharmaciens, sages-femmes et herboristes de deuxième classe, embrassent, savoir : 1° la circonscription de l'Ecole de Lyon, le département de la Haute-Savoie; 2° la circonscription de l'Ecole de Grenoble, le département de la Savoie ; 3° la circonscription de l'Ecole de Marseille, le département des Alpes-Maritimes.

Sous le puissant patronage de l'Empereur et de l'Impératrice, il a été créé à Fublaine, près Meaux-en-Brie, dans une agréable situation de la vallée de la Marne, un asile pour les jeunes filles convalescentes de l'hôpital Sainte-Eugénie (faubourg Saint-Antoine). Cette maison a déjà pu recevoir plus de 250 jeunes filles de pauvres ouvriers, qui étaient atteintes de maladies graves. C'est une maison analogue à celles de Vincennes et du Vésinet.

L'Association générale étend chaque jour ses limites. Ainsi, un décret impérial nomme le docteur Ormières président de la Société établie à Saint-Denis (Ile de la Réunion) sous la dénomination d'*Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Réunion.*

L'Académie royale de médecine de Belgique ayant jugé digne d'une médaille d'encouragement l'un des mémoires qu'elle a reçus, l'année dernière, en réponse à la question qu'elle avait mise au concours sur l'*influenza* considérée chez l'espèce chevaline, l'auteur de cet écrit, qui a adopté pour devise les mots: *Una est certissime medicina hominis et veterinaria*, est prié d'informer M. le président de la Compagnie s'il consent à l'ouverture du billet renfermant son nom.

L'Académie des sciences de Belgique a décidé qu'elle offrirait à son illustre secrétaire perpétuel, M. Quételet, une médaille d'honneur en commémoration des services qu'il a rendus à la science, et de l'éclat qu'il a jeté sur l'Académie. En apprenant la nouvelle de cette décision, le gouvernement belge a informé l'Académie des sciences qu'il voulait s'associer à l'acte dont l'Académie a pris l'initiative. Ce n'est pas la première fois que le gouvernement belge montre, par des actes publics qui l'honorent, tout le prix qu'il attache au progrès des sciences. C'est même, de tous les gouvernements d'Europe et par conséquent du monde, celui qui comprend le mieux que le véritable, le seul progrès réel est le progrès des sciences.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement perturbateur des accès d'épilepsie avec aura, à l'aide de moyens divers, et notamment de la ligature des membres et de l'application du cautère actuel.

On sait que, dans ces dernières années, de nouvelles théories de l'épilepsie ont été proposées par plusieurs auteurs, théories dont les plus importantes, celles qui ont le plus fixé l'attention, ont pour base les données fournies par la physiologie sur le pouvoir excito-moteur de la moelle, autrement dit sur cette propriété du système nerveux qui a reçu le nom d'*action réflexe.*

C'est ainsi que, d'après un compte-rendu inséré par M. le docteur J. Falret dans les Archives de médecine de 1859, pour l'un de ces auteurs, M. Brown-Séquard, la cause essentielle de l'épilepsie résiderait dans une excitabilité anormale de la moelle épinière ou de la moelle allongée, excitabilité ayant besoin, pour se manifester, d'être provoquée par une cause excitante provenant soit des centres nerveux eux-mêmes, soit du système nerveux périphérique. A l'appui de cette pathogénie de la maladie comitiale, M. Brown-Séquard allègue deux ordres de preuves : d'abord, des preuves tirées de ce fait d'expérimentation, qu'en irritant la peau de la face chez des animaux auxquels il avait fait subir diverses lésions traumatiques de la moëlle épinière ou dont il avait enlevé le cerveau et le cervelet, il était arrivé à déterminer de véritables accès épileptiformes, présentant la plupart des caractères des accès épileptiques qui se produisent chez l'homme (1); en second lieu, des preuves tirées de faits pathologiques desquels il résulte que, dans un grand nombre de cas d'épilepsie, il existe à la périphérie du corps des excitations, perçues ou non perçues, qui peuvent être considérées comme la véritable cause des accès, puisqu'il a suffi de certains moyens perturbateurs, d'une ligature, d'une cautérisation, etc., pour guérir les attaques d'épilepsie et les empêcher de se reproduire.

Quoi qu'il en soit de la valeur des idées de M. Brown-Séquard, idées que nous n'avons pas à apprécier ici, et qui nous semblent d'ailleurs passibles de plus d'une objection, elles paraissent l'avoir

(1) *Recherches expérimentales sur la production d'une affection convulsive épileptiforme, à la suite de lésions de la moelle épinière*, mémoire lu à l'Académie des sciences, par le docteur Brown-Séquard (*Arch. génér. de méd.* 1856).

conduit et elles devaient le conduire à faire une application plus fréquente, plus étendue, plus variée, et aussi plus rationnelle, d'un ordre de moyens qui, connus depuis longtemps, n'avaient été employés jusqu'ici que très-rarement, croyons-nous, et d'une manière tout à fait empirique. Nous voulons parler du traitement perturbateur, notamment de ces moyens qui ont pour but, à l'aide d'une intervention locale, de prévenir l'attaque épileptique, en empêchant ce que M. Brown-Séquard appelle les *excitations périphériques*, ce que, dans le langage médical usuel, nous appelons l'*aura epileptica*, de se propager jusqu'aux centres nerveux.

La pratique qui consiste à entourer d'un lien serré un membre qui est le point de départ d'une aura n'est rien moins que nouvelle, puisque Cullen la recommande, puisqu'on en lit dans les commentaires de Van Swieten des exemples d'après Bonet (Sepulcretum), voire même d'après Galien, à l'époque duquel elle était déjà en honneur. Sans doute, très-souvent, la ligature ne parvient pas à prévenir l'attaque épileptique; mais il n'en est pas moins acquis que quelquefois elle peut en modérer l'intensité et même réussir à l'empêcher d'avoir lieu. C'est certainement un fait d'une grande importance qu'un moyen aussi simple puisse, dans quelques cas, si peu nombreux qu'ils soient, rompre l'enchaînement de phénomènes morbides qui ont pour résultat ordinaire quelque chose d'aussi grave qu'une attaque d'épilepsie; car, ainsi, le malade se trouve exonéré non-seulement des souffrances qu'entraîne chacun des accès isolés, mais encore de cette susceptibilité du système nerveux, qui, s'accroissant après chaque accès, en rend le retour de plus en plus fréquent, à mesure qu'ils se répètent davantage. Aussi y a-t-il lieu de dire qu'à l'exemple de M. Brown-Séquard, qui y a souvent recours, l'emploi de la ligature devrait être tenté toutes les fois qu'elle est applicable, c'est-à-dire quand l'attaque a pour avant-coureur une *aura* surgissant dans un des membres. C'est ce que notre confrère anglais a fait plusieurs fois avec succès chez deux jeunes filles de neuf ans qu'il avait dans son service; c'est ce qu'il a fait également dans l'exemple suivant que nous trouvons rapporté avec quelques détails :

Epilepsie. — Aura partant du membre thoracique gauche. — Bons effets de la ligature pour prévenir les attaques. — Caroline S***, jeune fille âgée de douze ans, présentant les apparences d'une bonne santé, née de parens sains, et chez laquelle aucune prédisposition héréditaire n'a pu être saisie, entra à l'hôpital des épileptiques et des paralysés. A l'âge de trois ans, elle a eu deux fois des

convulsions ; mais, depuis cette époque jusqu'à sa dixième année, elle en est restée complétement exempte. Il y a deux ans, elle a commencé à avoir des attaques d'épilepsie ; quinze ou vingt jours auparavant, elle avait éprouvé des secousses spasmodiques dans la main gauche ; à partir de ce moment, ces secousses revinrent fréquemment, deux ou trois fois par semaine, et sa santé s'altéra ; elle se plaignit de frissons ; son caractère devint triste et difficile. Puis, un jour, trois semaines après le début de ces phénomènes, on la trouva dans une attaque, en proie à des convulsions violentes, sans que sa mère puisse se rappeler si un des côtés était plus affecté que l'autre. Plusieurs semaines se passèrent sans nouvel accès ; puis il en reparut, tantôt une ou deux fois, tantôt trois ou quatre fois dans l'espace de huit jours. Ces accès commençaient toujours par une aura partant des doigts de la main gauche. Pendant son séjour à l'hôpital, elle éprouva plusieurs fois ce phénomène précurseur de l'approche des accès ; mais toujours ceux-ci furent prévenus par l'application de la ligature. Au bout d'un mois pendant lequel elle fut mise à l'usage de l'extrait de belladone et de l'extrait de jusquiame, deux fois par jour, la jeune malade retourna dans sa famille. Trois jours après, elle fut prise d'une attaque, sa mère n'ayant pas su comment appliquer la ligature. M. Brown-Séquard a prescrit l'application d'un vésicatoire autour du bras, espérant ainsi arrêter la propagation de l'aura.

La mention de ce dernier moyen, sur l'effet duquel l'observation ne nous donne aucun renseignement, nous conduit naturellement à signaler une autre pratique à laquelle M. Brown-Séquard a aussi quelquefois recours pour perturber les phénomènes précurseurs des accès épileptiques, lorsque, en raison du point de départ de l'*aura*, la ligature n'est pas applicable. Nous voulons parler de la cautérisation, recommandée aussi, de même que la ligature, par Boerhaave, dans ce passage commenté par Van Swieten : « Quæ autem (epilepsia) a causa sexta (aura) oritur, tolli poterit..... « tum etiam loci fomitis exulceratione artificiosa, profunda, diu« turna, inducta cæsim, causticis, vesicatoriis... » Le fait suivant est un exemple de l'utilité que peut avoir la cautérisation pour empêcher le développement d'une attaque d'épilepsie, lorsqu'elle est précédée d'une *aura*.

Epilepsie. — Aura partant d'une petite tumeur siégeant sur le front et résultant d'une violence extérieure de date ancienne. — Cautère actuel. — Amélioration. — Georges R***, âgé de trente-cinq ans, homme bien développé et robuste, mais ayant quelque

chose d'idiot dans la physionomie, vint consulter M. Brown-Séquard, le 8 octobre dernier. Sa mère, qui était avec lui, donna les renseignements suivants : il est épileptique depuis quinze ans; ses attaques sont de deux sortes, que sa mère distingue, les plus faibles par le nom de *tremblements*, et les plus intenses par celui d'*accès*. Les attaques de la première espèce ont lieu à peu près deux ou trois fois par jour, mais manquent parfois un jour de temps en temps; elles consistent en un tremblement général, accompagné de pâleur de la face, de rapidité de la respiration, et d'une sensation singulière, non douloureuse d'ailleurs, qu'il rapporte au creux de l'estomac. Les accès sont précédés d'une douleur lancinante ou pongitive, commençant dans une petite tumeur du volume environ d'un haricot, située vers le bord de la région temporale gauche, à environ un pouce de l'apophyse orbitaire externe du frontal. Il pousse un cri que sa mère compare à une sorte d'aboiement, puis tombe dans des convulsions générales. Quelquefois il y a morsure de la langue, mais non toujours. Ces accès durent environ une demi-heure et sont généralement suivis de sommeil. Il résulte des renseignements obtenus que, vers les premiers temps de la maladie, ou tout au moins dans le cours de la première année, il se fit une blessure à la tête au point d'où maintenant part l'aura. La mère a une si mauvaise mémoire et le malade est si peu intelligent, qu'il est impossible de se rendre compte d'une manière claire s'il existe quelque rapport entre la date du commencement des attaques et celle où la blessure fut reçue. Quoi qu'il en soit, la mère explique catégoriquement que la douleur pongitive ou lancinante du front est toujours suivie d'un accès, quoiqu'il puisse arriver que cet accès n'ait lieu que six heures après. Le malade est sujet au saignement de nez, et c'est encore là, suivant la mère, un des signes qu'elle regarde comme annonçant l'approche d'une attaque. M. Brown-Séquard prescrivit une mixture contenant un quart de grain d'extrait de belladone et deux grains de quinine dans deux drachmes d'infusion de rhubarbe, à prendre deux fois par jour. Le cautère actuel fut appliqué au point indiqué de la région temporale. Le malade revint le 15 octobre; il était beaucoup mieux, il n'avait eu que quelques tremblements, moins nombreux qu'auparavant, et pas d'accès. Sa mère était très-satisfaite de l'amélioration obtenue, amélioration qui avait été nulle jusque-là, malgré de nombreux moyens de traitement mis en usage par plusieurs médecins, et parmi lesquels figure le nitrate d'argent, comme le témoignait la coloration caractéristique de la peau.

Dans un autre cas analogue, la cautérisation a donné également des résultats avantageux :

Une jeune femme, âgée de vingt ans, était atteinte d'épilepsie depuis treize années. Les accès commençaient invariablement par une douleur dans le côté gauche, immédiatement au-dessous du sein. M. Brown-Séquard appliqua le cautère actuel sur cette partie à deux ou trois places. L'amélioration fut très-sensible : les accès ne furent pas supprimés, il est vrai ; mais le nombre en fut considérablement diminué, car, au lieu de les avoir tous les deux jours, la malade ne les eut plus qu'une fois la semaine. Le fer doit être rougi à blanc, puis appliqué tout à coup une fois ou deux sur le point d'où part l'aura. Cette petite opération ne cause qu'une douleur peu intense, et les malades ne semblent pas en redouter la répétition.

Il est un autre moyen auquel M. Brown-Séquard, s'il ne l'a pas encore employé, a du moins l'intention de recourir, ainsi qu'il l'a annoncé dans la conférence clinique où il a rapporté le premier de ces deux cas de cautérisation. Il s'agit de la destruction des connexions nerveuses du point où naît l'aura, qui précède l'attaque épileptique, soit par l'incision, soit au besoin par l'excision d'une portion du nerf, par l'intermédiaire duquel cette aura paraît se propager vers les centres nerveux.

Il ne résulte pas des faits que nous venons de citer que les moyens en question aient guéri l'épilepsie chez les malades auxquels ils ont été appliqués ; mais si l'on se rappelle que, dans plusieurs de ces cas, la maladie était fort ancienne, qu'elle avait résisté aux divers et nombreux traitements auxquels on avait eu recours jusqu'alors, — c'est au moins ce qui est noté pour l'un des sujets ; — si l'on songe combien, en général, le mal est rebelle à nos efforts, on reconnaîtra, ce nous semble, que c'est déjà beaucoup d'avoir à notre service des moyens qui peuvent, suivant une expression déjà employée plus haut, briser la chaîne des phénomènes pathologiques de manière à en arrêter le développement, et, sinon prévenir toujours les accès, du moins les empêcher quelquefois et les rendre moins fréquents. C'est là, il faut en convenir, un résultat bien avantageux, suffisant certes pour recommander la pratique en question, d'autant qu'elle n'empêche en rien de faire usage en même temps des autres agents de la thérapeutique.

Moyen simple et pratique de vaincre la résistance qu'opposent les jeunes enfants à l'ingestion de certains liquides nutritifs ou médicamenteux.

Par M. le docteur Hervieux, médecin des hôpitaux.

Il ne faut pas avoir vieilli beaucoup dans la pratique pour comprendre les embarras que créent souvent au médecin les jeunes enfants qui, soit par indocilité de caractère, soit par répugnance réelle, opposent dans certains cas une résistance énergique et presque désespérée à l'ingestion des médicaments ou des aliments qu'on leur présente. Il y a là une question des plus graves à la solution de laquelle est souvent attachée la conservation de l'existence ou de la santé d'un petit être sur lequel, d'ailleurs, le raisonnement, la persuasion, la prière ou la menace n'ont et ne peuvent avoir le plus souvent aucune prise.

Supposez qu'il faille administrer à un enfant pendant un certain temps, soit un médicament amer comme le sulfate de quinine, soit un liquide nauséeux comme l'huile de foie de morue, soit toute autre préparation d'un goût désagréable. Il pourra arriver que durant quelques jours le petit malade accepte assez volontiers le médicament qu'on lui offre. Mais vienne le dégoût ou quelque caprice, comme il en passe tant par l'esprit des jeunes enfants, une lutte s'établit, lutte dans laquelle, il faut bien le reconnaître, l'avantage reste presque toujours à ces derniers. C'est en vain que les parents et le médecin se fâchent, interpellent vivement le petit malade, lui saisissent l'un les bras, l'autre le tronc ; un troisième la tête, c'est en vain qu'on lui pince le nez et qu'on réussit à faire pénétrer entre les dents, plus ou moins convulsivement serrées, le contenu d'une cuiller pleine du liquide médicamenteux : l'enfant dans un suprême effort ramasse, entre la face supérieure de la langue et la voûte palatine, ce qui a été introduit dans sa cavité buccale et le crache à la figure des assistants. Voilà à quoi aboutissent presque toujours ces luttes déplorables avec les enfants qu'on veut contraindre à avaler un médicament ou une boisson qui leur répugne.

Comment obvie-t-on à cet inconvénient dans la pratique ? C'est habituellement en incorporant les médicaments à une préparation sucrée. Les sirops, les dragées, les pastilles chocolatées, telles sont les formes sous lesquelles on cherche le plus communément à faire accepter aux enfants les substances pharmaceutiques. Mais qui ne sait que ces préparations peuvent elles-mêmes être prises en aversion par les jeunes enfants ? On retombe alors dans toutes les per-

plexités que font naître chez ceux qui y prennent part les luttes corps à corps dont j'ai déjà parlé.

La sonde œsophagienne permettrait sans doute dans quelques cas de satisfaire à l'indication qu'il y a à remplir. Mais, sans parler ici des nombreux inconvénients que présente chez les jeunes enfants en particulier ce mode d'introduction des liquides dans l'estomac, je ferai observer que c'est là un moyen brutal, applicable seulement à quelques cas extrêmes, et dont l'exécution ne peut être confiée qu'à une main médicale. Ce n'est donc un moyen ni simple, ni commode, ni pratique.

Quant aux injections nasales recommandées par M. Isidore Henriette, elles offrent une ressource précieuse pour alimenter les nouveau-nés qui refusent le sein de leur nourrice. Mais à un âge plus avancé, elles sont supportées avec une très-grande impatience par les petits malades, et comme on ne peut pousser l'injection qu'avec une très-grande lenteur, que goutte à goutte, pour ainsi dire, on voit tout de suite qu'elles constituent une opération longue, délicate, exigeant une main exercée, opération qui remplit bien incomplétement le but qu'on se propose, puisqu'il faut beaucoup de temps pour introduire dans l'estomac une petite quantité du liquide qu'on veut y faire pénétrer.

On peut donc dire que le problème de l'introduction forcée des liquides nutritifs ou médicamenteux dans l'estomac des jeunes enfants n'avait pas été résolu jusqu'à ce jour. Je crois être utile à mes confrères en leur faisant connaître le moyen dont je me sers pour triompher des résistances que m'opposent l'indocilité, le caprice ou les répugnances des jeunes enfants.

Ce moyen, dont la simplicité est telle qu'il peut être mis en pratique par les mères ou les nourrices les moins intelligentes, consiste à coucher l'enfant sur les genoux d'un aide, la tête légèrement renversée en arrière, de manière que celle-ci ne puisse se relever sans un effort assez énergique. Dans cette position, l'enfant est déjà très-facile à contenir ; je dirai même qu'il est aux trois quarts vaincu ; il a tellement conscience de son impuissance dans cette attitude qu'il renonce presque spontanément à toute résistance. Veut-on alors, en effet, lui introduire dans la bouche une cuillerée d'un liquide quelconque, on est tout étonné de voir que cet enfant qui, dans la position verticale, se débattait avec tant de violence contre les efforts des personnes qui l'entouraient se prête avec une merveilleuse facilité, une fois placé dans la position que j'ai décrite, à ce que l'on exigeait de lui. Plus de cris, plus d'agitation, plus de

mouvements convulsifs, plus de résistances désespérées, ou du moins s'il y a encore de la part du petit malade quelques tentatives de cette nature, elles sont si vite et si aisément réprimées que l'enfant n'a bientôt plus la pensée de les renouveler. Si on lui pince alors le nez, il ouvre la bouche toute grande, et dès lors la cuiller chargée de liquide est facilement introduite ; son contenu glisse rapidement le long de la langue, si rapidement que l'enfant n'a que juste le temps de faire le mouvement de déglutition, et on peut dire qu'en un tour de main le médicament ou le liquide nutritif est arrivé à sa destination.

D'où vient qu'il est si facile de faire accepter à un enfant placé dans la position horizontale et la tête renversée en arrière les boissons qu'il eût été si malaisé de lui faire prendre, alors qu'il se trouvait dans la station assise ou debout ? J'ai déjà appelé l'attention sur ce point, que l'enfant, ainsi horizontalement étendu, a le sentiment de son impuissance et renonce d'avance à la lutte. Tente-t-il de relever la tête ou de se dresser sur son séant, le doigt d'un aide appuyé sur son front suffit pour annihiler tous les efforts musculaires auxquels il se livre dans ce but. On a donc déjà par ce moyen toute facilité pour maintenir dans une immobilité parfaite le corps et la tête de l'enfant, et pour diriger avec sécurité la cuillerée de liquide vers la cavité buccale.

En second lieu, lorsque par le pincement des narines on a forcé l'enfant à ouvrir la bouche, le liquide introduit dans cette cavité obéit aux lois de la pesanteur et a franchi l'isthme du gosier avant que l'enfant ait pu réagir par la contraction musculaire pour le ramener dans la cavité buccale et s'en débarrasser par l'expuition.

Enfin, je ne serais pas éloigné de croire que, surpris par la rapidité avec laquelle le liquide arrive dans le pharynx et dominé par la crainte instinctive de la suffocation, l'enfant se hâtât d'exécuter le mouvement de déglutition qui doit l'affranchir de cette crainte en faisant passer aussitôt le liquide dans le conduit œsophagien.

Quoi qu'il en soit de l'explication à laquelle j'attache d'ailleurs peu d'importance, le fait subsiste. Il m'est démontré par le nombre déjà assez considérable de cas dans lesquels j'ai pu triompher ainsi de la répugnance ou de l'indocilité des jeunes enfants qui ne veulent pas prendre certaines boissons ou certains médicaments, et j'ai tout lieu de penser qu'entre les mains de mes confrères le même moyen obtiendra le même succès.

Je rappellerai en terminant que ce moyen ne nécessite nullement l'intervention du médecin, qu'il peut être appliqué par les mères,

les nourrices et toute personne étrangère à l'art de guérir, qu'il ne présente aucun inconvénient, n'expose à aucun danger, et qu'il peut rendre les plus signalés services, non-seulement dans les cas où il s'agit d'introduire dans l'estomac des jeunes enfants des médicaments d'une odeur ou d'une saveur désagréable, mais encore lorsqu'il est indiqué d'alimenter des petits malades qui refusent, soit de prendre le sein, soit d'avaler aucun liquide nutritif.

Il est bien entendu que c'est aux très-jeunes enfants que ce moyen est surtout applicable. L'enfant le plus âgé pour lequel j'aie eu besoin d'y recourir avait quatre ans.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Documents statistiques sur divers points de chirurgie avec observations et commentaires. — Hernies étranglées.

Par le docteur Ay. Verneuil, chirurgien des hôpitaux, etc.

Malgré toutes les objections qu'on a pu faire à la méthode numérique, il est évident que seule elle tranchera, dans un avenir plus ou moins éloigné, des questions destinées sans elle à rester indéfiniment en litige, et à recevoir toujours des solutions différentes de la part de chaque observateur impressionné par des idées préconçues ou par des séries heureuses ou malheureuses.

Je publie aujourd'hui une statistique de ma pratique chirurgicale; elle est encore peu étendue, il est vrai; mais j'espère, en continuant le même travail, la grossir peu à peu sans grand'peine, tandis que, si je remets à une époque ultérieure le résumé des faits soumis à mon observation, je risque de trouver la charge trop lourde et d'y renoncer.

Dans cet article, je rapporte tous les faits relatifs à l'étranglement herniaire : je dis à dessein *tous les faits*, car la statistique n'a d'utilité que si elle est complète, sans quoi elle est plutôt nuisible, en ce qu'elle fausse la science. Les relevés qu'on compose avec les observations publiées et colligées çà et là ne sont jamais l'expression de la vérité ; partant, ils peuvent toujours conduire à l'erreur.

Lorsqu'on entreprend une publication de cette nature, il né faut ni rechercher la louange, ni redouter la critique; il faut simplement être sincère : si on recueille l'approbation, tant mieux; si le blâme est infligé, on peut toujours, quand on s'est trompé en cherchant à

faire de son mieux, dire à ses accusateurs : *Que celui d'entre vous qui est sans péché me jette la première pierre.*

Ceci dit, et sans prolonger le préambule, j'entre en matière.

Hernies étranglées. — Je ne parlerai pas des hernies étranglées que j'ai réduites, car je n'en ai pas tenu note d'une manière assez exacte ; et, si j'ai des souvenirs assez présents pour certains cas, je n'ai pas de chiffres précis.

Je dirai seulement quelques mots sur ma manière de faire qui, je m'empresse de le déclarer, n'a rien de spécial, et n'est que le résultat de mes lectures ou de l'expérience que j'ai acquise en voyant faire les autres ou en faisant moi-même.

Hernies crurales. — Jamais je n'ai pu réduire de hernies crurales étranglées; et, jusqu'à présent, cette variété s'est toujours présentée à moi avec toutes les apparences de l'étranglement vrai, qui laisse si peu de chances au taxis. J'ajoute que je n'ai jamais vu dans la hernie crurale cette forme morbide qui, dans la hernie inguinale, est connue sous les dénominations plus ou moins exactes d'*engouement*, de *péritonite herniaire.*

Pendant mon séjour d'un an à la Salpêtrière, comme interne de M. Manec, j'ai vu opérer six hernies crurales, et n'ai pas souvenir d'en avoir réduit ou vu réduire. Et cependant, dans cet établissement, on assiste fréquemment aux premières périodes de l'étranglement ; à la vérité, jamais je n'ai employé le taxis qu'avec une très-grande réserve; et, en cela, j'imitais l'exemple des maîtres dont je suivais la pratique.

A la Salpêtrière, en attendant la visite du chirurgien, les internes et moi-même mettions en usage les sangsues, les purgatifs doux, les lavements purgatifs, puis quelques médicaments spéciaux, le tabac, la belladone, etc. Jamais je n'ai vu aucun de ces moyens réussir dans la hernie crurale, et j'ai fini, pour mon propre compte, par y renoncer. Les sangsues sur la tumeur ou à son voisinage ne lèvent pas l'étranglement, et elles amènent dans les couches sous-cutanées des ecchymoses qui gênent plus tard l'opération. Les purgatifs ne m'ont pas paru plus utiles; ils amènent une hypersécrétion intestinale abondante, qui ne triomphe pas de l'obstacle et qui provoque au contraire des vomissements opiniâtres très-fatigants ; de plus, elle distend le bout supérieur de l'intestin, et accélère le développement de la péritonite.

Le taxis, ai-je dit, a toujours été modéré : deux ou trois séances courtes, avec ou sans bains, avec ou sans chloroforme, un essai immédiatement avant l'emploi du bistouri, telles sont les limites

que je n'ai pas franchies. Je n'ai donc pas d'expérience sur l'efficacité du taxis prolongé ou forcé, et je pense que cette expérience me manquera toujours.

J'ai été dans ce sens sollicité en sens contraire par mes chefs dans les hôpitaux. M. Manec était très-sobre du taxis ; il préférait l'opération, même hâtive, chez les femmes très-âgées de la Salpêtrière, et j'ai vu six opérées guéries tout de suite. Lisfranc était, au contraire, partisan du taxis au moins prolongé, et je ne me rappelle pas lui en avoir vu tirer de brillants résultats. Dans les derniers temps, et avant d'agir par moi-même, j'avais adopté sans réserve la manière de faire de Philippe Boyer, dont les succès dans ce genre ont été fort célébrés.

J'en suis donc arrivé, pour la hernie crurale, aux principes suivants :

1° L'irréductibilité, avec phénomènes d'obstruction dans la hernie crurale, est presque toujours causée par un étranglement vrai.

2° Le taxis et autres moyens destinés à obtenir la réduction sont presque toujours insuffisants.

3° Quand, sous leur influence, la réduction est obtenue par hasard, la guérison est bien loin d'être assurée, et il me paraît que les malades courent encore presque autant de dangers que si on les avait opérés sans taxis prolongé.

4° L'opération précoce, sans administration préalable des purgatifs, et précédée seulement, par acquit de conscience, d'un taxis très-modéré, offre de très-belles chances quand l'étranglement n'est pas ancien.

5° Si l'intestin découvert est assez profondément altéré, abstraction faite même de la gangrène et de la perforation, si la péritonite est déjà très-évidente, je crois qu'il faut recourir d'emblée à l'établissement d'un anus contre nature qui donne beaucoup plus de chances pour la conservation immédiate de la vie.

6° Si la vitalité de l'intestin est même douteuse, il ne faut pas réduire ; *à fortiori*, s'il existe une perforation, si petite qu'on voudra, qu'elle soit spontanée ou produite par le chirurgien pendant l'opération. La suture intestinale pratiquée dans ces circonstances a réussi quelquefois sans doute, et cependant je crois périlleux de s'y fier. J'y ai eu recours une fois, et j'ai perdu mon opérée pour n'avoir point établi d'anus contre nature.

7° On ne saurait trop le répéter, l'établissement méthodique d'un anus contre nature est une ressource précieuse qu'on n'utilise pas assez souvent, et qui pourtant sauverait beaucoup de malades dans

les cas graves. A la vérité, on donne naissance à une infirmité fâcheuse; mais celle-ci est fréquemment susceptible de guérison spontanée, et si celle-ci fait défaut, les méthodes opératoires sont assez perfectionnées pour qu'on puisse espérer une cure ultérieure à peu de frais en général.

J'ai opéré jusqu'à ce jour six hernies crurales étranglées; j'ai obtenu trois guérisons rapides sans accidents, et une guérison après la formation d'un anus contre nature. Enfin je compte deux morts; j'aurais peut-être sauvé ces derniers malades, si j'avais établi l'anus contre nature. Voici le récit sommaire de ces faits.

Obs. I. Fille de service adulte, d'une bonne constitution, à l'hôpital des Enfants. Entéro-épiplocèle à gauche, jamais de bandage; étranglement reconnu au bout de douze heures environ. Vingt-quatre heures employées vainement à essayer les bains, les sangsues, les lavements purgatifs, les évacuants. Deux séances de taxis modéré de dix minutes au plus; accroissement des phénomènes, premiers symptômes de péritonite, mais légers encore : chloroforme, taxis infructueux; opération vers la quarantième heure; épanchement sanguin sous-cutané, puis kyste séreux du volume d'une petite noix; opération rendue par là assez longue et assez difficile; intestin mis à découvert, il est assez congestionné, mais sain; épiploon peu enflammé, étranglement très-serré; deux petits débridements en haut; réduction, purgatif. Réunion immédiate incomplète; cessation des accidents généraux, inflammation modérée de la plaie. Les jours suivants, phlegmon circonscrit, sans réaction vive; destruction naturelle et artificielle de l'adhésion de la plaie primitivement obtenue. Mortification du tissu cellulaire lâche qui recouvrait la hernie; un peu de retard dans la cicatrisation. Aucune inquiétude sérieuse pendant le cours du traitement.

Obs. II. Homme adulte, bonne constitution, hernie crurale droite datant de plusieurs années, du volume d'une petite pomme d'apis, de forme régulière, bandage ordinairement porté, mais actuellement usé. Hernie habituellement réduite, sortie dans un effort. Admission à l'hôpital bientôt après. Taxis trois fois répété; bain, lavement purgatif, puis belladoné. Kélotomie à cinq heures du soir, vers la trentième heure de l'étranglement; pas de péritonite, état général satisfaisant. Tumeur de volume médiocre, peu douloureuse au toucher; téguments sains, non enflammés. Opération très-simple, sérosité rosée dans le sac; étranglement serré, deux petits débridements en haut, à 1 centimètre de distance. Entérocèle pur; réduction prompte, sans difficulté notable; séance opératoire courte. Réunion immédiate de la plaie avec les serres-fines, compresses imbibées d'eau fraîche. Alimentation légère, permise dès le soir même, après l'administration d'un purgatif et l'évacuation des gaz et des matières liquides. La réunion immédiate réussit presque entièrement; guérison très-rapide, sans le moindre accident.

Obs. III. Femme adulte, d'une bonne constitution, hôpital Saint-Louis. Hernie crurale gauche peu volumineuse, inaperçue jusqu'alors, étranglée depuis la veille dans un effort violent pour soulever un fardeau. Entrée à l'hôpital quelques heures après le début des accidents; tentative modérée de taxis après un bain, le soir même, et restée infructueuse. A la visite du matin, je constate que la tumeur est dure, un peu douloureuse au toucher, du volume d'une grosse noix, sans changement de couleur à la peau: vomissements bilieux, constipation, un peu de fièvre et d'agitation; ventre légèrement gonflé, indolent; pas de signes de péritonite. Chloroforme, taxis pendant un quart d'heure fait par moi-même avec précaution, insuccès. Opération immédiate vingt-quatre heures environ après le début de l'étranglement, très-simple dans son exécution, et comparable à une dissection, à cause de l'intégrité des couches sous-cutanées; entéro-epiplocèle; peu d'épiploon, à peine injecté d'ailleurs; anse incomplète d'intestin rouge foncé, sain du reste. Deux petits débridements en haut, étranglement serré, réduction lente assez difficile. Réunion de la plaie avec trois sutures et le collodion; compresses d'eau fraîche pour pansement; purgatif. Aucun accident consécutif; cessation prompte des symptômes; désunion spontanée partielle de la plaie les jours suivants; cicatrisation très-simple, malgré l'apparition d'une rougeur érysipélateuse, circonscrite à la vérité autour de la plaie. Guérison prompte et des plus simples.

Dans les trois cas qui précèdent l'étranglement était récent, et le taxis fut employé avec les plus grands ménagements; les parties incarcérées n'étaient pas altérées, et la réduction ne pouvait être mise en question. Les suites de l'opération furent d'une grande simplicité, et la guérison ne fut pas un seul instant compromise.

Les trois observations suivantes offrent un tout autre tableau; l'enseignement qu'elles renferment ressortira naturellement de leur exposition.

Obs. IV. Femme de quarante-cinq ans environ, envoyée à l'Hôtel-Dieu pour une hernie crurale droite étranglée depuis quatre jours, et contre laquelle on avait épuisé toute la série des moyens mécaniques et médicamenteux usités en pareil cas : purgatifs, lavements réitérés, tabac, saignées locales, nombreuses séances de taxis. Le médecin ordinaire, à bout d'expédients, avait envoyé la malade à l'hôpital comme dernière ressource, et dans l'état le plus fâcheux.

Constipation opiniâtre, vomissements stercoraux, pouls misérable, facies hippocratique, sueurs froides; ventre ballonné, péritonite déclarée, région crurale ecchymosée par les sangsues, peut-être par le taxis. Tumeur volumineuse rénitente, douloureuse au toucher. La malade, vue à la visite du matin, est immédiatement mise au bain, et toute tentative de taxis est formellement interdite à la sortie du bain. Le chloroforme est administré avec beaucoup de précaution, et la kélotomie pratiquée sans retard. J'évite avec soin toute

pression sur la tumeur, pour ne point courir le risque d'une réduction que je redoute, soupçonnant une altération de l'intestin.

Celui-ci est mis à découvert, le sac est plein d'une sérosité rougeâtre, trouble, assez abondante; traces de péritonite légère des parties herniées. Un peu d'épiploon d'un rouge livide; anse complète d'intestin assez étendue, distendue par des gaz et non affaissée, d'une teinte rouge-brun, dépolie à sa surface, mais assez résistante. Quelque embarras pour savoir si je dois réduire; heureusement, en soulevant l'anse, j'aperçois un point plus foncé et qui me paraît suspect; en pressant avec la pointe d'une sonde cannelée, je perfore sans peine l'intestin, et donne issue à des gaz et à des matières stercorales. Cette exploration violente, faite à dessein, lève mes incertitudes; j'ouvre largement l'intestin, et je resèque la moitié de l'anse. Je m'aperçois alors que la mortification est beaucoup plus étendue que je ne le supposais d'abord. La muqueuse est relativement plus altérée que ne le ferait croire l'aspect extérieur. La plaque qui devra être éliminée étant irrégulière, je me contente de retrancher avec des ciseaux la partie saillante de l'anse, et j'abandonne à la nature le soin de faire la séparation exacte entre le mort et le vif. La section de l'intestin donne lieu par places à un léger écoulement sanguin, ailleurs elle est exsangue.

J'essaye d'introduire le doigt annulaire dans les bouts de l'intestin, après les avoir préalablement fixés aux bords de l'incision cutanée par cinq points de suture; mais mon doigt, quoique petit, ne peut pénétrer, parce que l'anneau est très-étroit; l'étranglement, par conséquent, était très-serré. Je parviens, non sans peine, à porter dans l'intestin, jusqu'au-dessus de l'anneau, le doigt auriculaire de la main gauche; et j'arrive ainsi à dilater un peu l'obstacle, en pressant fortement sur l'anneau. Le doigt retiré, quelques gaz et quelques matières s'échappent, mais en petite quantité. Même manœuvre dans le bout inférieur. Craignant de voir les phénomènes de rétention persister, en raison de l'étroitesse de l'anneau, je conduis sur mon doigt, dans l'intérieur du bout supérieur, un bistouri herniaire, et je débride en haut, en divisant par conséquent la paroi intestinale elle-même. J'incise l'anneau constricteur dans une très-petite étendue, puis introduisant alors les deux auriculaires dans les deux bouts de l'intestin, je dilate de force l'étranglement. L'anneau cède lentement à la distension, mais la voie est enfin largement ouverte pour l'écoulement des matières intestinales; elles s'échappent alors, mais en quantité peu considérable encore.

Cataplasmes pour pansement et sur tout le ventre; 30 grammes d'huile de ricin. Une heure après, les matières n'avaient pas souillé le cataplasme, et le ventre restait ballonné; mon doigt pénétrait cependant jusqu'au-dessus de l'arcade crurale dans le bout supérieur de l'intestin spacieux et dilaté. Voulant à tout prix donner issue aux gaz et aux liquides, je conduis dans l'intestin une canule de gomme élastique très-flexible et de 1 centimètre de diamètre; elle pénètre à 10 centimètres environ, et donne soudainement issue à plus d'un grand verre de fluide intestinal, accompagné d'une grande quantité de gaz infects. Soulagement immédiat, grande améliora-

tion de l'état général pendant le reste du jour. Bref, la malade se rétablit, sauf l'établissement permanent de l'anus contre nature, dont elle fut guérie plus tard par plusieurs opérations successives pratiquées par M. Robert et par moi-même.

Cette malade était en si mauvais état au moment où j'ai opéré, que sa cure a semblé une vraie résurrection. Je crois que la péritonite l'eût emportée, si nous n'avions pas obtenu l'évacuation artificielle des matières intestinales, une heure après l'opération. C'est seulement à la suite de cette manœuvre que le soulagement s'est montré et qu'a commencé la rémission des symptômes.

J'arrive aux deux observations dans lesquelles la mort est survenue après l'opération, issue funeste qui aurait pu être prévenue peut-être, si j'avais agi comme dans le cas précédent, c'est-à-dire si l'anus contre nature avait été établi d'emblée. On conçoit qu'il est impossible d'affirmer que les opérées auraient certainement guéri; mais il n'en est pas moins évident que la réduction, dans les deux cas, a été cause de la mort : aussi me garderai-je bien à l'avenir de tomber dans la même faute. Une fois, à la vérité, elle a été tout à fait involontaire; mais, dans le second cas, la responsabilité tout entière retombe sur moi.

Personne n'est infaillible en pratique : aussi vais-je exposer sincèrement mes deux revers, qui, à la vérité, sont accompagnés de circonstances atténuantes.

Obs. V. Elle a été déjà publiée avec de longs détails dans le Moniteur des hôpitaux. J'en rappellerai brièvement ici les points principaux : Femme adulte; hernie crurale étranglée depuis plusieurs jours. Symptômes peu prononcés, qui me font trop longtemps différer l'opération; celle-ci enfin est pratiquée. L'intestin découvert me paraît si peu altéré que je regrette, en le voyant, de n'avoir pas temporisé encore et insisté davantage sur le taxis. Je néglige d'attirer l'anse intestinale pour voir directement le point où portait la constriction; débridement. Réduction facile. Pendant que j'achève le pansement, l'anse intestinale réduite se rompt et un flot de matières fécales inonde la plaie. Je désunis à la hâte et j'essaye de rattraper dans le ventre les bouts de l'intestin, mais en vain. Péritonite foudroyante, mort quelques heures après. Je craignis un instant d'avoir blessé l'intestin en faisant le débridement; il n'en était rien. L'autopsie montra que, malgré l'état d'intégrité presque absolue dans lequel il se trouvait, cet intestin était coupé nettement au niveau de l'anneau constricteur et dans l'étendue de plus d'un centimètre. La section avait commencé par la muqueuse et la séreuse seule était encore ménagée. Aussi avais-je pu réduire sans rompre cette dernière. A peine reportée dans le ventre, l'anse intestinale avait été sans doute distendue par les matières contenues dans le bout supérieur, et la mince barrière constituée par la séreuse ramollie s'était rompue.

Obs. VI. Une femme de quatre-vingt-deux ans se présente à l'hôpital Beaujon avec une hernie crurale du côté gauche, étranglée depuis plus de vingt-quatre heures. Les symptômes n'étaient pas très-intenses et la fièvre manquait. Plusieurs tentatives de taxis furent faites le jour de l'entrée par les internes de service et par moi-même le soir ; elles restèrent sans succès. L'état général étant peu inquiétant, je ne crus pas devoir opérer au moment même ; je prescrivis les lavements purgatifs, l'élévation du bassin, un bain, etc. Le lendemain matin, l'état s'était aggravé : le pouls était dur, la face colorée, le ventre un peu douloureux ; la constipation persistait et les vomissements bilieux se rapprochaient. La tumeur, peu volumineuse et perdue sous une épaisse couche de graisse, était douloureuse au toucher. La malade, malgré son grand âge, était robuste, d'une belle constitution, pleine de gaieté et de résolution ; elle acceptait sans résistance tout ce que je voudrais faire. Le chloroforme administré, l'opération fut commencée et menée sans encombre jusqu'au moment où je crus être parvenu sur le sac. Celui-ci paraissait être du volume d'une grosse noix, régulièrement arrondi, rénitent, d'aspect fibreux. Cependant, il n'avait pas l'apparence ordinaire du péritoine, et il représentait mieux le *fascia propria* de la hernie crurale, dont il différait pourtant par une épaisseur plus grande et une coloration d'un blanc laiteux, que je n'avais pas encore rencontrée dans les hernies étranglées. Çà et là il était surmonté par des pelotons graisseux adhérents, dont je détachai un ou deux avec les ongles, sans en reconnaître la véritable nature. Comme j'avais trouvé beaucoup de graisse sous la peau et entre les couches qui recouvraient la hernie, je crus qu'il s'agissait de lobules adipeux appliqués sur la dernière enveloppe fibreuse.

Cependant je conservais des soupçons sur la nature de cette couche, et j'hésitai un instant ; elle n'était ni transparente ni d'apparence séreuse ou fibreuse, comme le sac ou le péritoine ; d'un autre côté, sa couleur blanche, sans la moindre injection, ne pouvait faire croire qu'il s'agissait de l'intestin qui est toujours plus ou moins injecté, surtout après quarante-huit heures d'incarcération. Mon excellent collègue, M. Huguier, qui était présent à l'opération, partageait mes doutes. Cependant il fallait prendre un parti. Armé d'un ténaculum, je soulevai légèrement cette membrane et fis, en dédolant, une petite entamure. Tout aussitôt l'issue de gaz et un petit jet d'un liquide d'apparence laiteuse me démontrèrent que je venais d'ouvrir l'intestin, dont la paroi extrêmement mince était distendue et comme soufflée par les gaz renfermés dans sa cavité. Malgré toute mon attention et mes hésitations en présence d'une position insolite, quoique l'idée de la présence de l'intestin lui-même fût souvent venue à mon esprit, j'avais commis la faute ; nous avions affaire à une hernie du côlon, formée par une anse incomplète répondant à peu près à la moitié du calibre de l'intestin ; les lobules graisseux étaient des appendices épiploïques adhérents à la paroi ; le tout avait perdu l'aspect lisse que donne aux viscères la couche péritonéale. Du reste, rien que des gaz et un peu de mucus intestinal dans la cavité ; aucune injection, aucune coloration par le

sang. On eût dit d'un intestin insufflé à l'amphithéâtre sur le cadavre. On aurait pu croire que l'étranglement était peu prononcé ; il n'en était rien ; j'eus même assez de peine à faire le débridement. La blessure faite à l'intestin était si petite (2 millimètres environ), que je résolus de faire une suture et de réduire, en ayant soin toutefois de tenir au moyen d'un fil l'intestin au voisinage immédiat de la plaie pariétale.

Je fis donc d'abord un point de suture, en ayant soin de renverser en dedans les lèvres de la petite plaie, pour adosser séreuse contre séreuse. La chose n'était pas aisée, à cause de la flaccidité que présentait la paroi intestinale, très-amincie par la distension et tout à fait affaissée par l'issue du contenu. En plaçant le point de suture, la plaie s'agrandit de 2 ou 3 millimètres, et je crus utile de placer un autre point. La suture menée à bien, je débridai, puis réduisis doucement ; pour être sûr de maintenir l'anse intestinale à proximité de la plaie, je coupai d'abord au ras de l'intestin un chef de chacune des sutures, puis, enfilant l'autre dans une aiguille, je lui fis traverser de dedans en dehors la lèvre supérieure de la plaie cutanée ; enfin, les chefs restants des deux points de suture étant ainsi amenés à l'extérieur, je les nouai sur un petit rouleau de diachylon. Rapprochement incomplet des lèvres de la plaie extérieure avec des bandelettes de linge enduites de collodion, pansement simple, purgatif, bouillon, vin de Bordeaux.

L'opération fut très-bien supportée et fit cesser sur-le-champ les symptômes de l'étranglement ; deux selles copieuses, sans douleurs, sans coliques, eurent lieu dans le courant de la journée. Le lendemain, l'état général était aussi satisfaisant que possible : sommeil, appétit, gaieté, tout faisait présager un excellent résultat. Tout alla bien les trois premiers jours : la cicatrisation de la plaie cutanée avait même progressé très-rapidement, car les deux tiers au moins en étaient réunis. Le quatrième jour, la région opérée devint rouge, gonflée et un peu douloureuse ; les deux fils de la suture intestinale étaient devenus libres. Je désunis avec la sonde cannelée une partie de la plaie, qui était presque entièrement agglutinée. Je donne ainsi issue à du pus manifestement mélangé de matières fécales, et je reconnais que l'inflammation locale était due à une infiltration stercorale sous-cutanée encore circonscrite. Il y avait un peu de fièvre, de malaise ; le ventre était sensible au voisinage de l'arcade crurale, mais il n'y avait ni vomissements, ni signes de péritonite. J'introduisis quelques brins de charpie dans la plaie, dont j'écartai le plus possible les lèvres. Cataplasmes pour pansement.

Malgré tous nos soins, le phlegmon local s'étendit, prenant l'aspect des érysipèles gangréneux ; une contre-ouverture n'en arrêta pas les progrès ; l'état adynamique survint, et, le cinquième jour, l'abdomen montra à son tour les signes d'une péritonite généralisée. Le sixième jour après l'opération, la malade succomba, malgré l'emploi assidu de tous les moyens propres à soutenir les forces et à empêcher les progrès de la complication interne.

A l'autopsie, nous trouvâmes une péritonite généralisée, purulente et pseudo-membraneuse, plus intense au voisinage de la fosse

iliaque gauche que partout ailleurs, mais sans épanchement stercoral. L'intestin était modérément distendu par les gaz. Nous reconnûmes que la portion herniée répondait à la fin de l'S iliaque du côlon. La partie réduite était largement adhérente à la paroi abdominale, dans une étendue d'au moins 2 bons centimètres, tout autour de la plaie intestinale. Le péritoine, tout autour de ce point, était vivement injecté ; il n'y avait aucune communication entre la plaie extérieure et la cavité abdominale ; mais une sonde de femme introduite dans la première parvenait aisément dans l'intestin, dont l'ouverture à bords noirs, ramollis, gangréneux, n'avait pas moins d'un centimètre de diamètre ; les téguments voisins du siége de l'opération étaient décollés dans une étendue égale au moins à celle de la paume de la main, surtout vers l'épine iliaque supérieure ; le tissu cellulaire était mortifié et imbibé d'un liquide sanieux et infect. J'aurais désiré étudier avec plus de soin cette pièce intéressante que, par malheur, je fis porter à l'Ecole pratique, où elle fut égarée.

Je ne puis m'empêcher de croire que le phlegmon stercoral a été ici le plus grave des accidents : la suture, sur laquelle j'avais compté pour fermer l'intestin, n'a pas produit ce résultat ; elle a bouché mécaniquement la plaie du côlon pendant deux ou trois jours, mais sans provoquer une véritable adhérence ; les fils placés sur l'intestin n'ont pas eu d'autre efficacité que de le retenir appliqué contre la paroi abdominale et de donner aux adhérences le temps de se former. Sous ce rapport, ils ont parfaitement rempli leur rôle. Quant à la péritonite, elle est survenue très-tardivement et seulement lorsque le phlegmon extérieur était déjà très-étendu ; elle n'a été, du reste, accompagnée que de douleurs locales, même assez peu intenses, sans vomissements, ni ballonnement prononcé. La mort est survenue dans l'adynamie, provoquée plutôt, à mon avis, par la complication phlegmoneuse extérieure.

Aurais-je pu prévenir cette terminaison en établissant un anus contre nature ? je l'ignore ; mais j'avoue que, si j'avais encore le malheur d'ouvrir l'intestin dans une opération de hernie étranglée, je serais très-disposé à fixer l'anse blessée à la peau plutôt qu'à la face profonde de l'anneau, ne serait-ce que pour éloigner du péritoine le foyer de l'inflammation qui suit nécessairement la plaie intestinale, et pour éviter l'accident que j'ai eu à déplorer, c'est-à-dire l'infiltration stercorale.

De l'urétrotomie interne appliquée à quelques cas de rétention d'urine.

Par le docteur DOLBEAU, chirurgien des hôpitaux.

L'urétrotomie, comme méthode générale de traitement des coarctations de l'urètre, paraît avec raison devoir être proscrite. Cependant il existe quelques cas spéciaux dans lesquels l'opération rend

des services incontestables, et devient par conséquent préférable à tant d'autres moyens.

Si on considère quelle est la manière de faire d'un grand nombre de chirurgiens ; si surtout on prend pour règle de conduite la pratique presque générale, on arrive à comprendre difficilement quelle peut être l'utilité de l'urétrotomie. Les malades qui sont traités dans les hôpitaux peuvent être rangés en plusieurs catégories. Les uns viennent réclamer des soins à l'occasion d'accidents aigus et graves ; les autres, surpris de la difficulté toujours croissante de la miction, consultent le chirurgien. Enfin, il y a un certain nombre de malades qui tiennent en réserve leur rétrécissement comme un bon moyen de se faire admettre à l'hôpital alors que le manque de travail, la misère et bien d'autres raisons leur font désirer le séjour dans les salles.

Ainsi, les uns viennent pour des accidents nouveaux et très-pressants, les autres demandent à être traités; mais l'intervention chirurgicale n'a rien d'urgent. C'est de la première catégorie de malades que nous voulons nous occuper; mais, avant d'aborder la question, nous croyons devoir déclarer que l'urétrotomie a encore certaines raisons d'application chez les sujets de la deuxième catégorie.

Les individus qui sont affligés d'un ou de plusieurs rétrécissements du canal de l'urètre sont exposés à des accidents graves qui ont été englobés sous le terme général de *rétention d'urine*. L'élément nouveau qui vient s'ajouter à l'augustie, qu'il soit de nature inflammatoire, spasmodique ou autre, a une durée très-variable; mais, sa présence ayant pour conséquence l'impossibilité de rendre les urines, on comprend que les limites de l'expectation ne sont pas indéfinies. Les sangsues, les bains, les lavements, les cataplasmes, etc., triomphent le plus souvent de la rétention d'urine ; mais il arrive quelquefois, et sans qu'on puisse en saisir la raison, que les accidents persistent et viennent forcer la main du chirurgien le plus temporisateur; témoin les ponctions de la vessie, dont on retrouve un assez bon nombre d'observations.

C'est dans ces cas extrêmes, exceptionnels, que l'urétrotomie interne nous a paru avoir son utilité. En 1859, au mois d'août, on apporta à l'hôpital un jeune garçon qui n'avait pas uriné depuis cinquante heures. Ce malade racontait qu'il avait eu plusieurs blennorrhagies, mais que jamais il n'avait eu de difficulté à rendre ses urines. Les accidents nouveaux étaient le résultat d'une journée passée dans l'orgie. L'interne de garde fut mandé ; il essaya le cathétérisme; mais il ne put parvenir dans la vessie. Le malade fut

mis au bain, et on ordonna des cataplasmes. C'était le soir; les accidents ne cessant pas, on fit une application de sangsues au périnée. Le lendemain, à la visite, je trouvai le malade dans la situation suivante : la rétention datait de soixante-quatre heures. La vessie remontait à l'ombilic, le méat laissait sortir une certaine quantité de sang, résultat des tentatives nombreuses de cathétérisme. Le malade était très-agité dans son lit; le visage exprimait l'anxiété, le pouls était à 110. On parlait déjà de la possibilité de faire la ponction de la vessie, et on citait à ce propos un malade, alors dans les salles, et qui présentait les traces de cette opération, pratiquée par M. Malgaigne.

Une bougie de cire fut introduite lentement, elle me permit de constater un obstacle situé un peu au-devant du bulbe; j'introduisis alors une bougie conductrice, et j'essayai de franchir le rétrécissement. Après cinq minutes de tentatives, j'eus la satisfaction de faire pénétrer la bougie jusque dans la vessie. Immédiatement, je n'hésitai pas à visser sur la bougie un urétrotome de M. Charrière; arrivé à l'obstacle, je fis saillir la lame, et aussitôt l'instrument fit sa voie, et pénétra, après un léger ressaut, jusque dans l'intérieur de la vessie. Déjà une petite proportion d'urine s'écoulait par le canal; l'urétrotome retiré, je pus, sans la moindre difficulté, introduire une sonde de 4 millimètres; la vessie fut débarrassée de son contenu. La sonde fut fixée à demeure. Chose singulière! le malade, qui avait peu souffert, n'eut pas de fièvre, et, le lendemain, le pouls était à 80. La sonde fut maintenue en place pendant dix jours, puis la cure fut terminée par la dilatation temporaire au moyen des bougies en étain. A quelque temps de là, j'exécutai la même opération en présence de M. Denis, jeune professeur plein de mérite, de l'Ecole de Caen, et de M. Labbé, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Le résultat fut le même; toutefois le malade fut affecté consécutivement d'une orchite légère.

En 1860, j'ai mis fin de la même manière à une rétention d'urine qui n'avait pas cédé aux moyens ordinaires. Cette fois, le cas était plus grave; lorsque j'opérai le malade, il présentait déjà les signes évidents d'une infiltration urineuse dans l'épaisseur du scrotum. L'observation a été fidèlement recueillie; je crois utile de la reproduire, me réservant de revenir sur les suites de cette opération.

Obs. *Rétrécissement urétral. — Rétention absolue de l'urine. — Urétrotomie. — Guérison.* — Louis Troncin, âgé de vingt-six ans, fondeur en fonte, entre, le 16 septembre, à l'hôpital Saint-Louis,

salle Saint-Augustin, n° 70, pour une impossibilité complète d'uriner. Il y a deux ans et demi, cet homme fut atteint d'une blennorrhagie qu'il qualifie d'*échauffement*, et qui fut traitée par le poivre cubèbe pendant quatre jours seulement. L'écoulement ne dura que quinze jours; six mois après, il s'aperçut que la miction était difficile et douloureuse, il tirait fortement sur la verge; souffrance aiguë de peu de durée sans écoulement de sang. Depuis ce temps, il urinait peu souvent, mais le jet était petit et tombait en bavant.

Le 13 septembre 1860, après un travail plus considérable qu'à l'ordinaire, il se désaltère avec trois bouteilles de bière; le soir, il ne peut plus uriner; le 15, les bourses se tuméfient : un médecin fait appliquer 10 sangsues sur le périnée, sans tenter le cathétérisme.

Le 16 au matin, le malade est transporté à l'hôpital; l'interne de garde ne peut parvenir à le sonder. A la visite, on constate l'état suivant : les bourses sont augmentées de volume, œdématiées; avec cette particularité, que l'empâtement résiste davantage à la pression du doigt; le périnée, peu douloureux, est recouvert de caillots de sang des piqûres de sangsues. Le malade n'a pas uriné depuis soixante heures. La vessie remonte jusque près de l'ombilic; le facies paraît légèrement excité; le pouls fréquent; malgré une rétention d'urine aussi grande, le malade accuse peu de douleur. M. Dolbeau tente un premier cathétérisme explorateur avec une bougie conique; il est arrêté à quelques centimètres du méat; une très-fine bougie, après quelques tâtonnements, pénètre jusque dans la vessie; aussitôt il introduit la bougie conductrice de l'urétrotome Charrière, visse l'instrument qu'il fait entrer dans le canal, puis fait saillir la lame et parcourt tout l'urètre d'avant en arrière. Après la sortie de l'urétrotome, l'urine s'écoule avec un peu de sang. Une sonde en gomme élastique, d'un calibre moyen, est introduite sans difficulté dans la vessie, et est fixée à demeure. Le réservoir urinaire, distendu outre mesure, ne se vide que lentement sous l'influence de pressions exercées sur la région hypogastrique. Un litre d'urine est recueilli. Toute cette opération s'est faite presque sans douleur. Dans la journée aucun accident fébrile; pas d'appétit, pas de souffrances.

Le 17 septembre, une autre sonde est introduite; vers la région bulbeuse, il existe encore un léger obstacle.

Le 18, suppression de la sonde. L'œdème des bourses commence à disparaître.

Le 19, le mandrin Beniqué, n° 30, pénètre avec quelque difficulté. Le bien-être continue.

Le 20, au soir, apparaît un gonflement rénitent limité à la base de la verge et à la racine du scrotum; un peu de douleur à la pression de la région périnéale; pas de frisson.

Le 21, le gonflement augmente, il s'étend au périnée; une sonde est fixée à demeure; les bourses, enveloppées de compresses imbibées d'eau blanche, sont élevées sur une planchette de gutta-percha reposant sur les cuisses.

Le 22, à la tuméfaction se joint de la rougeur et de la sensibilité qui se développe surtout à la pression.

Le 23, au soir, perte de l'appétit; fièvre; 108 pulsations,

Le 24, le gonflement augmente encore, il envahit tout le scrotum et la cloison des dartos ; en retirant la sonde, du pus s'écoule par le méat; une sonde plus volumineuse est introduite.

Le soir, le malade se plaint d'inappétence, de malaise, il n'a pas été à la garde-robe depuis quatre jours ; lavement.

Le 26, les bourses ont encore augmenté de volume; pas de fluctuation manifeste. Une lancette est plongée dans la tumeur, et donne passage à un jet de liquide, séreux d'abord, puis à du pus en grande quantité. D'autres ponctions faites sur le scrotum ne donnent issue qu'à un peu de sang.

Le 27, le malade ne souffre pas, la tuméfaction est bien réduite; par l'incision, il sort du pus, quelques lambeaux de tissu cellulaire gangrenés sont extraits. Le doigt, introduit dans le foyer, sent la sonde à nu dans une longueur de plusieurs centimètres. Le dégorgement se fait peu à peu ; la santé générale reste bonne; la sonde fonctionne bien et n'a pas besoin d'être remplacée.

Le 10 octobre, la fistule est diminuée, il ne s'écoule plus qu'un peu de pus ; le scrotum a son volume normal.

Le 15, on introduit la sonde facilement.

Le 20, le malade sort complétement guéri, sans fistule et avec un canal large. (Observation recueillie par M. Lallement, interne du service.)

J'ai démontré la possibilité de remédier à la rétention d'urine au moyen de l'urétrotomie interne, il me reste à faire voir que cette manière de faire est préférable à la ponction de la vessie, et même à l'urétrotomie externe.

On a pu voir, dans tous les cas que nous avons mentionnés, que l'urétrotomie interne d'avant en arrière a toujours été pratiquée en prenant pour guide une fine bougie préalablement introduite jusque dans la vessie. Cette condition de la présence d'un conducteur nous paraît indispensable; si on ne peut la réaliser, nous pensons qu'il faut rejeter l'urétrotomie tant interne qu'externe pour avoir recours à une opération beaucoup plus certaine dans son exécution, la ponction de la vessie. La question se trouve donc réduite à la proposition suivante : toutes les fois que, dans les cas de rétention d'urine nécessitant l'évacuation de la vessie, on pourra introduire une petite bougie au travers du rétrécissement, l'urétrotomie interne d'avant en arrière sera préférable à la section externe de l'obstacle ou à la ponction de la vessie.

La valeur comparative de l'urétrotomie externe et interne paraît actuellement bien établie. On s'accorde à considérer la section externe sur un conducteur comme une opération inutile et souvent nuisible. Quant à la section externe sans conducteur, c'est une ten-

tative hasardée qui n'est pas toujours suivie d'un résultat positif, surtout pour la portion profonde du canal.

D'après M. Thompson, sur 219 cas d'urétrotomie externe, on a compté 15 morts, c'est-à-dire un peu plus de 6 pour 100. L'urétrotomie interne est loin de donner des résultats aussi désastreux.

Entre la ponction de la vessie et l'urétrotomie interne, il est difficile de déterminer quelle doit être la préférence du chirurgien. La gravité de la ponction hypogastrique est une des questions les plus controversées ; pour les uns c'est une opération innocente, pour les autres, elle présenterait un grand nombre d'inconvénients et même des dangers. Nous ne pouvons donc pas prendre pour règle de conduite la gravité relative des deux opérations. Pour nous, voici les raisons qui nous font préférer l'urétrotomie interne. En ponctionnant la vessie, on remplit une indication d'urgence, mais il reste toujours l'angustie du canal. Certes, l'évacuation de l'urine permet de gagner du temps et de triompher du rétrécissement par des moyens plus doux ; mais à cela on peut répondre que ce sont deux opérations pour une, et qu'il est préférable de pénétrer dans la vessie par les voies naturelles. Cette ponction hypogastrique, outre ses dangers immédiats, peut avoir pour conséquence une fistule, des adhérences de l'organe avec la paroi abdominale, toutes choses qui doivent être prises en sérieuse considération.

Quant à la gravité de l'urétrotomie, si nous en jugeons par notre propre pratique, elle ne paraît pas être considérable. L'opération est peu douloureuse et les accidents ont été assez simples. Nous avons observé quelquefois un accès de fièvre, qui ne s'est plus reproduit ; jamais l'hémorrhagie ne s'est montrée. Une seule fois, nous avons noté l'infiltration urineuse suivie d'un abcès. Mais, dans ce cas, la pénétration de l'urine dans le tissu cellulaire des bourses avait précédé l'opération.

Le moyen que nous proposons d'opposer à la rétention d'urine, suite d'un rétrécissement, sera d'autant plus acceptable que l'obstacle sera dans une partie plus accessible de l'urètre ; en un mot, les difficultés de l'opération devront varier avec le siége du rétrécissement.

Je dois répondre à une objection qui se présente à l'esprit. Pourquoi, dira-t-on, si vous pouvez introduire une bougie, ne cherchez-vous pas à introduire une sonde ? c'est une affaire de patience. L'observation démontre que l'introduction d'une bougie suffit pour déterminer un certain degré de spasme qui s'oppose souvent à l'introduction d'une sonde ou d'une deuxième bougie. Enfin, on con-

nait les petites dimensions de la bougie conductrice, une sonde du même calibre serait d'une médiocre utilité. Dans un cas, nous avons vissé sur la bougie une petite sonde qui a pu pénétrer, quoique difficilement, en refoulant devant elle la bougie qui se pelotonnait dans la vessie. Cependant, il nous a été impossible d'évacuer l'urine, soit que les yeux de la sonde fussent obstrués, soit pour toute autre cause.

Suivant nous, quand on est en présence d'un cas urgent, il faut essayer le cathétérisme au moyen d'une bougie exploratrice, et si le hasard vous conduit dans la vessie, il faut profiter du conducteur pour guider l'urétrotome et faire la section du rétrécissement. La chose est plus difficile que la ponction de la vessie ; mais avec un peu de soin et d'habitude la manœuvre s'exécute encore assez aisément.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du sulfate simple d'alumine et du sulfate d'alumine et de zinc, et de leur usage thérapeutique.

Le sulfate simple d'alumine, substitué depuis quelques années à l'alun dans certaines industries, a été introduit dans la thérapeutique médicale par M. le docteur Homolle. Le sulfate d'alumine (1), tel que le commerce le fournit, est en masses blanches confusément cristallines et légèrement hygrométriques. Il contient un excès d'acide, une certaine proportion de fer et un peu de sulfate double. Pour l'usage médical, on le purifie en précipitant le fer par le ferrocyanure de potassium ; on sature l'acide libre par l'alumine en gelée. Enfin, la différence de solubilité permet de séparer l'alun cristallisé ; le sulfate simple est, en effet, remarquable par sa très-grande solubilité ; deux parties d'eau peuvent dissoudre trois parties de ce sel, et cette solution saturée laisse déposer les particules d'alun interposées dans la masse.

Les autres sels d'alumine ne sont qu'astringents, comme l'acétate et le tartrate, ou présentent à un bien moindre degré l'action topique spéciale du sulfate : ce sont le nitrate et le chlorhydrate.

---

(1) L'habitude, pour beaucoup de médecins, de désigner l'alun sous le nom de *sulfate d'alumine*, au lieu de *sulfate double d'alumine et de potasse*, pourra faire croire à quelques-uns d'entre eux que déjà le sulfate d'alumine est usité en pharmacie. Ce serait une erreur. Aujourd'hui encore ils ne trouveraient ce sel que dans un petit nombre d'officines.

La saveur du sulfate d'alumine est franchement styptique, sans arrière-goût désagréable.

C'est la solution saturée (3 parties de sel pour 2 parties d'eau), marquant 130 degrés au densimètre, que M. Homolle a adoptée comme plus active et d'un emploi plus facile.

L'application se fait au moyen d'un pinceau à lavis qui n'est pas altéré par le sel. On peut la prolonger plus ou moins ; mais, le plus ordinairement, le simple contact avec le tissu qu'on veut modifier produit une impression suffisante, et l'on peut, au moyen d'une injection d'eau, la rendre aussi légère et aussi peu durable qu'on le désire.

Dans les cas où l'on veut obtenir des effets plus énergiques, l'application peut se faire au moyen de charpie ou d'amiante imbibée de la solution saturée, de manière à former une pâte, qu'on applique en couches minces sur la surface ulcérée et qu'on peut laisser plusieurs heures en place.

Pour enlever l'acide libre, qui a l'inconvénient de brûler le linge avec lequel le sel peut être en contact, et d'altérer l'acier des instruments, M. Homolle a eu l'idée de le saturer par l'oxyde de zinc, au lieu de l'alumine en gelée.

On opère de la manière suivante :

La solution saturée, préparée comme il a été dit plus haut, et filtrée pour en séparer l'alun déposé, pèse 1,305, et représente par kilogramme, approximativement, 600 grammes de sulfate simple d'alumine. On y ajoute peu à peu, dans une capsule de porcelaine, en ayant le soin d'agiter avec une tige de verre, 60 grammes d'oxyde blanc de zinc, soit une partie pour dix de sulfate. La dissolution de l'oxyde a lieu avec dégagement de chaleur et d'acide carbonique, et la liqueur reste opaline, avec un léger dépôt grisâtre ; filtrée, elle pèse 1,385.

Abandonnée à l'évaporation spontanée dans une capsule, elle cristallise en mamelons rayonnés non déliquescents et présente les caractères d'un sel double plutôt que d'un simple mélange de deux sels de solubilité différente.

Le sulfate d'alumine et de zinc étant doué d'une action plus énergique sur les tissus hétéromorphes, que le sulfate simple d'alumine, M. Homolle lui a donné la préférence dans tous les cas où il a à modifier profondément une surface muqueuse altérée ou à détruire un tissu accidentel, réservant le sulfate simple pour les affections de la gorge. — Le mode d'application est, d'ailleurs, le même. On peut toutefois, avec la solution saturée, épaissie au moyen

de la poudre de guimauve jusqu'à consistance de pâte un peu ferme, préparer des trochisques, des pastilles et des olives qui permettent d'obtenir, par une application prolongée, une action plus profonde.

En mêlant la solution saturée avec partie égale de glycérine pure, on obtient une préparation d'un emploi facile pour applications et pansements, et qui n'offre plus l'inconvénient de se dessécher à la surface des tissus.

L'on peut aussi préparer pour pansements un cérat selon la formule suivante :

Pr.	Solution saturée de sulfate d'alumine et de zinc.	5 grammes.
	Huile d'amandes douces....................	10 grammes.
	Cérat blanc..................................	90 grammes.

Mêlez dans un mortier de porcelaine.

Les affections dans lesquelles M. Homolle dit avoir obtenu de bons effets de l'emploi de ce puissant modificateur de la vitalité de nos tissus, sont : 1° les angines tonsillaires et pharyngiennes ; 2° l'hypertrophie des amygdales ; 3° le polype muqueux des fosses nasales ; 4° l'ongle incarné ; 5° les ulcères scrofuleux ; 6° les nævi et les végétations vasculaires ; 7° les affections inflammatoires du col de l'utérus ; 8° les déplacements de cet organe ; 9° enfin les cancroïdes et les cancers ulcérés.

Dans plusieurs cas où les amygdales, hypertrophiées au point de gêner la déglutition et la respiration, semblaient réclamer l'excision comme le seul moyen efficace, M. Homolle a vu, dit-il, cet engorgement chronique céder à l'application quotidienne de la solution saturée de sulfate simple d'alumine, portée au moyen d'un fort pinceau sur les amygdales.

L'angine granuleuse pharyngienne, parfois si tenace, a cédé à l'emploi de ce moyen mieux qu'à aucun autre, soit en application topique, soit en gargarismes.

L'angine tonsillaire pultacée a été rapidement modifiée par des applications de sulfate simple d'alumine renouvelées quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures.

L'angine couenneuse diphthéritique, avant que le larynx eût été envahi, a cédé à ces mêmes applications.

Dans un cas de polype muqueux des fosses nasales, qui avait plusieurs fois repullulé après arrachement, les applications de la solution de sulfate d'alumine débarrassèrent le malade d'une manière définitive.

L'ongle incarné guérit par l'application journalière de sulfate

d'alumine combinée avec l'emploi d'un doigtier de sparadrap roulé autour de l'orteil et maintenu jusqu'à ce que l'ongle ait acquis assez de longueur pour couvrir et dépasser la pulpe de l'extrémité de l'orteil.

Les ulcères scrofuleux, touchés chaque jour avec le sulfate d'alumine, se régularisent ; leurs fongosités s'effacent et la cicatrisation a lieu, tandis que les ulcères syphilitiques ne sont nullement modifiés par ce sel.

L'engorgement hypertrophique du col utérin, l'inflammation érythémateuse, granuleuse ou ulcéreuse de ses lèvres antérieure ou postérieure, traités par les applications directes de sulfate d'alumine et de zinc, au moyen du spéculum et par les injections additionnées de quelques gouttes par verre de cette même solution, ont été rapidement et heureusement modifiés et guéris.

Quelques applications, répétées matin et soir, ont suffi pour faire disparaître chez un jeune enfant un nævus vasculaire.

Les végétations vasculaires implantées sur des surfaces muqueuses ont été détruites par son emploi.

Enfin, M. Homolle a constaté les effets suivants de l'application des agents dont il s'agit sur le cancer ulcéré :

Action topique. — Ils déterminent l'exfoliation du tissu morbide par couches successives qui peuvent, dans quelques cas, acquérir une épaisseur considérable, et les escarres ainsi produites conservent, sauf la coloration, l'aspect et la texture des tissus qui les ont formées, ou, en d'autres termes, ceux-ci ne sont pas désorganisés, mais seulement momifiés. Ils diminuent l'exhalation ichoreuse de l'ulcère, en font disparaître l'odeur et modifient les caractères physiques de cette sécrétion qui se rapproche, sous leur influence, du pus louable. Ils s'opposent à la production des hémorrhagies, en oblitérant les vaisseaux, que l'on voit se développer d'une façon si remarquable dans le voisinage des cancers, et agissent également comme puissant hémostatique direct. Enfin, ils diminuent et même font quelquefois cesser complétement les douleurs lancinantes propres au cancer, douleurs que l'on voit si souvent résister aux narcotiques administrés *intus* et *extra* et à doses élevées.

Effets généraux. — Consécutivement à cette action topique, on voit le teint cachectique disparaître, les forces revenir avec l'appétit et le sommeil, la gastralgie et la dyspepsie cesser, et la santé générale semble parfois devenir assez belle pour faire croire à la possibilité d'une guérison.

Les propositions suivantes résument les essais et les observa-

tions de notre confrère sur ce point intéressant de thérapeutique :

1° Le sulfate d'alumine simple et le sulfate d'alumine et de zinc constituent dans la médication externe des agents modificateurs qui se placent, pour leur mode d'action, entre les cathérétiques et les caustiques ;

2° Ils se sont montrés particulièrement utiles dans les angines pharyngiennes et tonsillaires, et les affections du col de l'utérus ;

3° Ces deux sels possèdent, de plus, une action spéciale sur le cancer ulcéré, dont ils enrayent ou modifient favorablement la marche, agissant, dans ce cas particulier, à la fois comme caustique, désinfectant et hémostatique. Souvent ils réussissent mieux que les narcotiques à calmer les douleurs propres au cancer, et retardent notablement le développement de la cachexie.

Formules pour le traitement de l'ecchymose des paupières, de l'ecchymose sous-conjonctivale et de la blépharite ciliaire.

M. Deval traite par les mêmes résolutifs l'ecchymose des paupières et l'ecchymose sous-conjonctivale. Dans le premier cas (œil poché), cet oculiste fait pratiquer plusieurs fois par jour des fomentations sur le siége du mal avec la solution suivante :

Pr. Eau distillée....................	125 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque......	2 grammes.
Teinture d'arnica...............	4 grammes.

Dans le second (ecchymose sous-conjonctivale), il prescrit le collyre ci-après pour fomentations et instillations :

Pr. Eau distillée....................	60 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque......	50 centigr. à 1 gramme.
Teinture d'arnica...............	2 grammes.

Dans la blépharite ciliaire, il conseille de faire tomber les croûtes à l'aide de petits cataplasmes de fécule ou de lotions avec de l'eau de mauve tiède ; puis de pratiquer tous les soirs, sur le bord libre des paupières, une friction avec gros comme une demi-noisette de pommade ainsi formulée :

Pr. Oxyde rouge de mercure......... } Acétate de plomb cristallisé...... }	30 centigrammes.
Camphre........................	15 centigrammes.
Beurre frais....................	6 grammes.

Triturez sur le porphyre et faites une pommade homogène.

M. Deval insiste sur la nécessité de faire une *friction*, et non une simple *onction*. Cette friction doit même être assez énergique et

durer trois ou quatre minutes. On la pratique de préférence le soir, afin que le repos de la nuit permette un contact de la pommade plus prolongé et moins gênant pour le malade.

Moyen de découvrir la présence de l'huile de ricin dans les huiles volatiles.

M. H. N. Draper recommande le moyen suivant pour découvrir la présence de l'huile de ricin dans les huiles volatiles. Versez 20 gouttes de l'huile suspecte dans une petite capsule de porcelaine, et chauffez au bain de sable jusqu'à ce que l'odeur particulière de cette huile cesse d'être perçue. Au résidu, s'il y en a, ajoutez 5 ou 6 gouttes d'acide nitrique, et, après l'action, diluez avec une solution de carbonate de soude. S'il y a de l'huile de ricin, l'odeur de l'acide œnanthylique sera immédiatement perçue, odeur qui, une fois qu'elle a été sentie, ne peut guère être confondue avec aucune autre. Cependant, et bien qu'elle puisse difficilement être comparée à quelque autre odeur connue, on fera bien, quand on aura à faire cet essai, de se livrer d'abord à une expérience préalable avec l'huile de ricin pure, afin de se familiariser d'abord avec l'odeur en question. Par ce moyen, M. Draper a pu reconnaître l'addition de 5 pour 100 d'huile de ricin dans les huiles volatiles, et il ne doute pas que même des proportions beaucoup moins considérables pourraient être appréciées.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi topique de la valériane comme remède antipériodique.

L'Espagne, comme la France, a sa médecine populaire, dans laquelle la thérapeutique vient quelquefois puiser des moyens curatifs. En voici un exemple : à Barcelone, les gens du peuple, depuis longtemps, tirent parti des propriétés antipériodiques peu connues de la racine de valériane sauvage; ils emploient cette substance en poudre, sous forme d'épithème, que l'on applique sous la plante des pieds. Cette médication convient surtout aux jeunes enfants dont la constitution est faible, à ceux dont l'estomac est irritable, et aux grandes personnes chez lesquelles on craint le retour de la fièvre intermittente, arrêtée par le sulfate de quinine.

Notre ami, le docteur Poujadas, aujourd'hui chargé par le gouvernement espagnol d'une mission scientifique auprès des autres

nations, frappé des résultats qu'on obtient de cette application de la valériane, on fit l'ossai sur lui-même ; le succès qu'il en obtint l'engagea à persévérer dans son expérimentation; il fit part de ses résultats au doyen de la Faculté de médecine de Barcelone, M. le docteur Enciso qui, lui aussi, fut à même d'enregistrer de nouveaux succès. Depuis cette époque, l'honorable professeur ne manque jamais, chaque année, dans le cours qu'il fait au collége do pharmacie de sa ville, de consacrer une leçon aux propriétés antipériodiques de la racine de valériane.

Ces médecins prescrivent ce médicament de la manière suivante : on couvre un linge, ou on saupoudre l'intérieur des pieds d'une paire de bas, d'une forte couche de racine de valériane nouvellement réduite en poudre ; de cette façon, toute la planto des pieds est en contact avec l'agent médicamenteux. Le malade conservo ses bas nuit et jour, pendant deux septénaires; seulement il renouvelle cette poudro plusieurs fois, parce que, avec le temps, elle devient trop humide, ou acquiert une odeur fétido.

Ce médicament agirait-il de même en France? la question serait facile à résoudre, car les sujets n'y manquent pas, ot l'expérimentation est inoffensive. STANISLAS MARTIN.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire général des eaux minérales, et d'hydrologie médicale, contenant la géographie des stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., par MM. MAX DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris, chevalier de la Légion d'honneur ; EUGÈNE LEBRET, inspecteur-adjoint des eaux d'Uriage (Isère), secrétaire des séances de la Société d'hydrologie, etc. ; J. LEFORT, pharmacien, membre de la Société d'hydrologie; avec la collaboration de M. J. FRANÇOIS, inspecteur en chef des mines, pour les applications de la science de l'ingénieur à l'hydrologie médicale.

Il ne faut pas se le dissimuler, nombreux encore sont les médecins qui n'ont que des notions vagues sur l'appropriation des eaux minérales aux états morbides divers auxquels ces médicamonts tout faits sont applicables. Bienvenus sont donc de la presse, pour qui a quelque souci des progrès de l'art, les ouvrages dont le but est de préciser ces notions, de les populariser dans le monde médical. Les médecins hydrothérapeutes, qui pourraient se donner ou qui se donnent cette mission, ne manquent pas aujourd'hui ; mais il en

est peu qui, par leurs travaux antérieurs, eussent plus de droits que MM. les docteurs Max Durand-Fardel et Lebret à se poser comme popularisateurs de cette branche si intéressante de la science; écrivains habiles autant qu'observateurs sérieux, judicieux pathologistes autant que thérapeutistes distingués, nul plus qu'eux n'était apte à traiter les questions complexes qui doivent nécessairement surgir à chaque pas dans un dictionnaire qui embrasse l'hydrologie médicale par tous ses côtés à la fois. Si nous ajoutons que nos savants confrères, en s'adjoignant l'ingénieur en chef des mines, M. François, ont montré par là qu'ils ne voulaient rien laisser en dehors de leur cadre, pas même ce qui est au-dessus ou en dehors de leur compétence, on comprendra que c'est là un livre d'une importance extrême, une véritable encyclopédie d'hydrologie médicale.

En adoptant, pour exposer, ou au moins pour esquisser l'ensemble de leurs idées sur l'hydrologie médicale envisagée dans la généralité des notions qu'elle embrasse, la forme de dictionnaire, la forme alphabétique, les auteurs ne se sont pas dissimulé les difficultés inhérentes à ce mode d'exposition; ils savent, mieux que ceux-là même qui pourraient le leur reprocher peut-être, qu'à suivre ce mode didactique on est inévitablement conduit à fragmenter, à émietter la science, et que pour renouer le lien, à chaque instant brisé, qui réunit cependant, qui enchaîne toutes ces notions qu'appelle fortuitement, suivant le hasard des mots, l'ordre alphabétique, il y a à faire un travail de reconstruction, si nous pouvons ainsi dire, dont une foule de lecteurs aimeraient assez qu'on les affranchît. C'est là, en effet, une difficulté grave que les auteurs ne se sont pas dissimulée, nous le répétons, mais elle ne les a pas arrêtés dans leur utile entreprise; et, pour notre compte, nous n'hésitons pas à les en féliciter. On lit peu dans notre temps affairé; plusieurs s'en abstiennent par incurie, quelques-uns parce qu'un travail sans merci les absorbe, tous un peu parce qu'ils ne trouvent pas toujours dans les livres ce que leurs préfaces promettent. Dans cet état des esprits, on ne peut nier que la forme sous laquelle MM. Durand-Fardel, Lebret et François ont cru devoir exposer leurs idées sur l'hydrologie médicale ne soit complétement justifiée. Mais je ne veux pas m'attarder davantage sur cette question, que nos savants auteurs avaient résolue avant même qu'on la leur posât, et je vais m'efforcer de donner une idée sommaire d'un travail qui a dû leur coûter des années de recherches pour le conduire à bonne fin.

On sait, car l'auteur les a développées dans plus d'un ouvrage antérieur, quelles sont les idées de M. Durand-Fardel quant à l'action, soit physiologique, soit thérapeutique, des eaux minérales sur l'organisme. Ce sont ces idées mêmes que nous retrouvons, lorsque les auteurs jugent tour à tour ou apprécient les nombreuses stations thermales qui ont leurs pages dans cet immense compendium. Cette conception théorique, que nous croyons vraie, gagnerait sans aucun doute à être exposée, une fois pour toutes, avec tous les développements qu'elle comporte, au lieu de se reproduire tantôt sous une forme, tantôt sous une autre, dans cinquante articles différents; c'est là, nous l'avons dit, le côté vulnérable de ce mode d'exposition. Mais si l'on est en droit de relever ce qu'il y a de vicieux dans cette méthode au point de vue de la didactique spéculative, ce défaut devient au contraire une qualité, si l'on se tourne du côté des exigences de la pratique commune. C'est ainsi que le médecin qui songe à l'influence des thermes pour en faire bénéficier, quand la saison en est venue, un malade qu'il a vainement essayé de guérir sur place, trouve immédiatement, à l'article même de cette maladie, les stations les plus propres à le conduire au but qu'il se propose d'atteindre. On peut arriver au résultat en suivant un autre mode de recherche, en s'adressant aux sources mêmes qu'on sait applicables à tel ou tel état morbide. Nous ferons tout de suite à cet égard une remarque; cette remarque est celle-ci : c'est que, quand on voudra interroger ce livre dans le sens que nous venons de dire, il vaudra mieux consulter l'article relatif à la maladie que celui qui est spécialement relatif à la source. Ici comme là, à côté des indications, les auteurs ont sans doute placé les contre-indications; mais il nous a semblé que, dans la plupart des cas au moins, les questions qu'impliquent les unes et les autres sont plus approfondies, plus sérieusement résolues à l'article nosographique qu'à l'article thermal proprement dit. On dirait que dans un cas l'inspiration du dieu Therme se fait sentir davantage, et que dans l'autre c'est plutôt sous l'inspiration d'Esculape qu'ils expriment leurs pensées et donnent leurs sages conseils. Je ne sais si en cela, à force de vouloir être vrai, je deviens subtil, mais c'est là l'impression que m'a laissée la comparaison des deux sources de lumières convergentes sur un certain nombre de questions. Qu'importe, d'ailleurs, de quel côté vienne la lumière, pourvu qu'elle vienne ! et elle vient, je puis l'affirmer.

Nous pourrions, en témoignage de la vérité de ce dernier jugement, citer un très-grand nombre d'articles; nous nous contente-

rons d'en indiquer quelques-uns, où abondent les utiles enseignements sans lesquels on ne va qu'à l'aventure dans une voie où tous, à un jour ou un autre, nous sommes appelés à marcher.

Nous commencerons d'abord par mettre hors ligne les articles *Vichy* et *Uriage*, qu'en qualité de grands-prêtres de ces eaux MM. Durand-Fardel et Lebret ont traités non-seulement *con amore*, mais avec une précision de détails, une sûreté d'appréciation sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister. Pourtant, comme c'est surtout dans un certain nombre d'états morbides fréquents et variés que se révèle l'efficacité de ces eaux, nous ne pouvons pas ne pas indiquer les articles fondamentaux relatifs à la dyspepsie, à la gastralgie, à la goutte, au diabète, aux maladies de la peau, aux affections catarrhales des organes génito-urinaires, etc. Dans toutes ces pages, MM. Durand-Fardel et Lebret se montrent médecins aussi probes que sagaces ; ils distinguent les cas où ces eaux sont applicables, et ceux où cette application est au moins hasardeuse, quand elle n'est pas décidément nuisible. Les mêmes distinctions sont faites à propos des Eaux-Bonnes : ils établissent nettement que ces eaux, si efficaces qu'elles soient pour combattre l'affection catarrhale coexistante à la tuberculose, l'engorgement semi-inflammatoire qui s'y rencontre si souvent, sont tout aussi impuissantes que toutes les autres médications à déterminer la résorption du tubercule, à éteindre dans l'économie la fatale prédisposition à la formation du produit hétérologue. Et nous signalerons encore les articles *Chlorose*, *Anémie*, *Scrofules*, *Névrose*, *Apoplexie*, *Diathèse*, *Hydrothérapie*, qui présentent les idées les plus sages, les plus judicieuses : là où cesse la lumière, les auteurs s'arrêtent, et marquent avec l'autorité que leur longue expérience leur a conquise le point de départ des recherches qui doivent faire parcourir une nouvelle étape à la science.

Nous indiquerons aussi un article fort important et sainement raisonné sur l'inhalation ; on y trouve une critique, judicieuse et sans passion, de la pulvérisation des eaux minérales. Nous manquons de faits pour juger cette question ; mais il y a dans cet article un argument sérieux contre le choix qui a été fait des eaux sulfureuses pour les soumettre à la nouvelle et très-ingénieuse méthode. Qu'on nous permette de citer un court passage du livre relatif à cette question ; le sujet en vaut la peine : « La pulvérisation, disent nos auteurs, a pour objet de porter l'eau minérale en nature et infiniment divisée sur la muqueuse bronchique, et tel est le résultat que s'est proposé d'atteindre M. Sales-Girons, en l'in-

troduisant dans la pratique de l'inhalation. Mais la division d'une eau sulfureuse n'a-t elle pas pour effet de la modifier plus ou moins profondément dans sa constitution essentielle?... La pulvérisation d'eaux minérales de cette nature ne doit-elle pas avoir pour résultat de ne porter dans les bronches qu'une eau en grande partie désulfurée, par conséquent très-altérée, et sans doute peu active, si l'on considère la nature, la proportion des principes fixes de la plupart des eaux sulfurées, et en particulier de celle de Pierrefonds, qui a été spécialement employée sous cette forme? Ces remarques ne sont pas applicables aux eaux fixes, en particulier aux chlorurées, et la pulvérisation pourrait être appliquée à ces dernières, conformément à son but. » Ces objections sont graves, mais sont-elles insolubles? Probablement que M. Sales-Girons répondra quelque jour à cette question. Nous ne pouvions laisser la parole à un homme plus compétent, et moins embarrassé en face d'une difficulté quelconque.

Bien qu'infiniment moins compétent que MM. Lebret et Durand-Fardel en hydrologie médicale, et quelque complet que soit leur livre, nous y avons cependant aperçu çà et là des lacunes : c'est ainsi, par exemple, pour ne citer qu'une de celles-ci, qu'à l'article *Arsenic* ils ne disent rien de l'incontestable efficacité que développe cet agent en face d'un certain nombre de dermatoses, en face de quelques dyspepsies réfractaires, avec extinction plus ou moins complète du sentiment de la faim. C'est là, sans doute, un bien petit *desideratum*, mais nous aurions voulu que, dans un dictionnaire si vaste en ses proportions, rien ne manquât. C'est être exigeant, mais nous avons droit de l'être vis-à-vis d'hommes que nous tenons en si haute estime.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Résultats cliniques obtenus par la lithotritie, pendant l'année 1860. — M. Civiale s'est proposé de présenter, à la fin de chaque année, un tableau des calculeux qu'il a traités à l'hôpital et dans sa pratique privée. Le relevé pour 1860 que ce chirurgien vient de présenter à l'Académie des sciences, offre de l'intérêt au double point de vue de la lithotritie et de l'affection calculeuse.

J'ai traité, en 1860, dit M. Civiale, 54 malades affectés de la pierre : 36 dans ma pratique particulière, et 18 à l'hôpital.

A. — *Malades de la pratique particulière.* — 26 de ces malades avaient la pierre pour la première fois; 10 avaient déjà été opérés

par d'autres chirurgiens ou par moi. La pierre s'étant reproduite, de nouvelles opérations sont devenues nécessaires.

J'ai opéré 26 de ces malades par la lithotritie; 24 sont guéris; chez les deux autres, j'ai dû renoncer à l'opération, qui paraissait aggraver l'état morbide de la vessie. L'un de ces malades a succombé, et l'autre continue de vivre avec la pierre.

Les calculeux les plus favorablement disposés, dont les organes étaient encore sains et la santé générale bonne, qui n'avaient d'autre maladie qu'une petite pierre, ont tous obtenu une guérison prompte et facile. Pour cette classe de calculeux, l'application de la lithotritie me paraît avoir atteint la perfection désirable. En effet, la pierre est détruite en quelques minutes, les débris en sont expulsés avec l'urine; toute souffrance cesse, la santé renaît et se soutient. C'est là, assurément, tout ce qu'on peut demander au traitement de l'affection calculeuse.

Mais la lithotritie ne donne ces heureux résultats qu'à la condition d'en restreindre l'emploi aux cas favorables dans lesquels la pierre n'a pas eu le temps de grossir et de produire, dans la vessie, des lésions propres à changer la forme et les dispositions naturelles de ce viscère. Je m'empresse d'ajouter que la proportion de ces cas favorables augmente chaque jour, et ils deviendront de plus en plus nombreux à mesure que les calculeux, éclairés sur leur position par les médecins, se feront opérer au début de leur maladie.

10 de ceux que j'ai traités n'ont pas eu cette prudence; ils n'ont réclamé les secours de l'art que lorsque l'existence leur était devenue insupportable par des douleurs incessantes.

Chez 2 d'entre eux, le mauvais état des organes urinaires a mis obstacle à l'application de la lithotritie; et comme la cystotomie était également contre-indiquée, la mort est survenue par le progrès des désordres.

4 calculeux ayant de grosses pierres ont été opérés par la taille : un adulte a obtenu une guérison prompte et complète; le dixième jour, la plaie était cicatrisée; chez un autre, également adulte, la convalescence s'est prolongée, et la guérison est restée incomplète. Deux vieillards ont succombé à la deuxième semaine de l'opération.

2 malades sont encore en traitement : l'un sera opéré par la taille et l'autre par la lithotritie.

Le traitement a été ajourné au printemps chez deux autres calculeux, qui, se trouvant mal à Paris à l'entrée de l'hiver, sont retournés chez eux.

B. — *Malades de l'hôpital.* — Parmi les 18 calculeux admis dans mon service, se trouvaient 3 femmes et 15 hommes, adultes ou vieillards.

La première de ces femmes, souffrant depuis longtemps, était tellement épuisée que toute opération se trouvait contre-indiquée ; la malade est rentrée dans sa famille.

La deuxième était dans des conditions favorables sous le rapport de la santé générale ; mais le calcul était engagé dans l'urètre, où il était maintenu par les contractions énergiques de la vessie. Un débridement du canal a suffi pour en opérer l'extraction. Ce procédé m'a paru préférable à celui de l'écrasement, qui eût été plus long et plus douloureux ; la malade a été promptement guérie.

La troisième femme, dont j'ai publié l'observation, présentait un de ces cas extraordinaires qu'on observe de loin en loin.

La pierre, de nature phosphatique, s'était formée sur un amas de dents, d'osselets et de cheveux, provenant d'un kyste pileux qui s'était ouvert dans la vessie. Tous ces corps et la pierre elle-même ont été extraits avec succès par les procédés de la lithotritie.

4 calculeux, hommes, n'étaient plus dans les conditions qu'exige l'application de la lithotritie ; 2 ont été taillés : l'un est guéri et l'autre conserve une fistule. Le troisième a refusé de se soumettre à la taille, qui offrait d'ailleurs peu de chances de succès ; il a succombé à une affection rénale. Le quatrième est en traitement.

1 autre malade avait en même temps une pierre moyenne et une hernie étranglée, qu'il fallut opérer immédiatement ; cette opération causa la mort.

Les 10 autres malades, opérés par la lithotritie, ont été délivrés de la pierre, sans cependant que la guérison soit complète dans tous les cas. Deux de ces opérés conservent des douleurs et du trouble dans les fonctions de la vessie, douleurs provenant des lésions organiques de ce viscère, et contre lesquelles la lithotritie n'a pas plus d'action que la taille.

Les faits nouveaux observés à l'hôpital offrent une particularité remarquable.

Les calculeux forment deux grandes classes : dans l'une, qui embrasse les deux tiers des cas, les organes conservent leurs dispositions naturelles. Ce n'est même que de loin en loin, et surtout à la suite des exercices du corps, que la pierre provoque quelques troubles fonctionnels qui cessent par le repos. Ici, la pierre formant à elle seule toute la maladie, il suffit de la détruire ou de l'extraire

par les procédés de la chirurgie pour que le malade obtienne une guérison prompte et complète.

Dans l'autre classe, les pierres de phosphate calcaire ou ammoniaco-magnésiennes se forment et se développent sous l'influence d'un état morbide de l'appareil urinaire. Il n'est pas rare que cet état persiste après l'opération, qu'il prive le malade du bienfait complet du traitement, et même qu'il favorise le développement d'une nouvelle pierre. Ces cas sont en majorité dans le relevé qui précède.

En résumé, des 54 calculeux dont je viens de présenter le tableau, 37 ont été traités par la lithotritie. Dans deux cas, j'ai dû renoncer au traitement : l'un de ces malades a succombé, l'autre garde la pierre.

2 des opérés n'ont pas obtenu une guérison complète, parce que la pierre ne formait pas à elle seule toute la maladie ; mais ils ont été très-soulagés : les autres sont guéris.

7 ont été soumis à la taille, qui en a sauvé 4 ; mais, dans deux cas, la guérison est incomplète.

10 n'ont pas été opérés : 3 sont morts par les progrès de la maladie, et 1 à la suite de l'opération de la hernie.

3 sont en traitement et seront opérés : l'un par la lithotritie, et les deux autres par la taille. Dans deux cas l'opération a été ajournée.

Ces faits prouvent de nouveau le danger de conserver longtemps la pierre, et l'utilité de la lithotritie, lorsqu'on l'applique au début de la maladie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Caoutchouc térébenthiné *dans le traitement de la phthisie.* M. le docteur Hannon, professeur à l'université de Bruxelles, assimilant le caoutchouc térébenthiné aux aliments respiratoires (hydrocarbonés), dont il remplit au plus haut degré les conditions, a eu l'idée de proposer l'emploi de cet agent dans le traitement de la phthisie. Voici la formule :

Une partie de caoutchouc très-pur et découpé en fines lanières, est préalablement mise à macérer dans deux parties d'huile essentielle de térébenthine, jusqu'à ce que le mélange forme une solution brune et de consistance poisseuse. Il la prescrit sous la forme d'un électuaire ainsi composé :

PR. Caoutchouc térébenthiné...... 1 partie ou 1 gr.
Rob de sureau.. 30 grammes.
Huile essentielle d'amandes amères........... 3 gouttes.

La dose de caoutchouc peut être élevée insensiblement jusqu'à 5 et 6 grammes pour 30 grammes d'électuaire.

Selon M. Hannon, on voit, sous l'influence de cette préparation, qui, en dehors de son action comme aliment respiratoire, jouit de propriétés

médicatrices incontestables, l'expectoration diminuer rapidement, l'oppression cesser, les sueurs disparaître, la fièvre et la diarrhée s'arrêter, les forces et l'embonpoint reparaître. A l'appui de ces assertions, M. Hannon cite un cas de guérison de phthisie arrivée à la période ultime, et en mentionne une douzaine d'autres en voie de traitement.

Quand il s'agit d'une maladie comme la phthisie, on accepte forcément tous les essais qui peuvent offrir quelques chances de succès, si minimes qu'elles soient, pourvu qu'elles ne présentent aucun inconvénient sérieux. (*Presse méd. belge*, janvier 1861.)

Delirium tremens (*Traitement du*) *par la teinture de digitale à haute dose.* Nous continuons à enregistrer quelques-uns des faits qui se rapportent à cette question. Le journal *The american medical Times*, dans son numéro du 1[er] décembre dernier, a publié deux cas nouveaux dont voici l'analyse trop succincte. Dans l'un, 2 grus de teinture officinale de digitale furent donnés toutes les trois heures, depuis dix heures du matin jusqu'à minuit et demi. A partir de l'administration de la seconde dose, le malade devint paisible et docile; à minuit et demi, il commença à s'assoupir et ne tarda pas à s'endormir d'un sommeil tranquille, qui dura jusqu'à onze heures du matin, moment où il se réveilla dans un état tout à fait satisfaisant. Dans le second cas, deux doses de 2 drachmes chacune, administrées à deux heures de distance l'une de l'autre, suffirent pour amener le sommeil. Les principaux effets notés furent l'augmentation du volume du pouls, la diminution du nombre des pulsations, une diurèse abondante, la fraîcheur de la peau sans viscosité. Le lecteur regrettera sans doute, comme nous, que l'absence d'observations détaillées le mette hors d'état de comparer les résultats obtenus avec l'intensité, la gravité des accidents. Cependant une chose ressort de l'analyse qui précède, tout insuffisante qu'elle est, et cette chose est importante : c'est l'innocuité, chez les sujets atteints de delirium tremens, de doses de digitale énormes, comparativement à celles auxquelles nous avons l'habitude de prescrire ce médicament. (*British med. Journ.*, février 1861.)

Empoisonnement *involontaire, déterminé par l'emploi de feuilles de jusquiame noire.* M. le docteur Martin Saint-Ange rapporte qu'il fut appelé dans la nuit auprès d'un malade, M. X***, qu'il trouva au lit, couché sur le côté droit et dans l'attitude d'une personne qui a froid, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci fléchies sur le bassin. La pâleur du visage et la lividité des lèvres donnaient à sa physionomie l'aspect de l'ivresse. Le malade semblait, du reste, plongé dans un profond sommeil. Le pouls était plein, peu fréquent (82 pulsations), la respiration douce, lente et presque insensible à la vue; la peau du corps assez froide au toucher. Quand on cherchait à obtenir quelques réponses du malade, il balbutiait, s'irritait et tirait à lui les couvertures de son lit comme pour se garantir du froid. Quand on voulait lui faire avaler une cuillerée d'eau, il se fâchait, s'agitait violemment, tournait le dos, en proférant avec humeur des mots incohérents. Enfin, parvenait-on à lui faire avaler une gorgée de liquide, il la gardait quelque temps dans la bouche, et puis il la rejetait sous forme de jet d'eau. Si l'on persistait trop pour le faire boire, il se mettait avec vivacité sur son séant, comme pour s'opposer à une violente agression. Dans cet état d'hallucination, accompagné d'une légère fureur, il interpellait brusquement des personnes absentes et se débattait avec force, pour retomber, aussitôt qu'on le laissait tranquille, dans un sommeil léthargique. Pendant ces sortes d'accès maniaques, le regard du malade était menaçant et ses pupilles très-dilatées.

D'après l'ensemble de ces symptômes, il était facile de présumer qu'il s'agissait d'un cas d'empoisonnement. Voici, du reste, les renseignements qui furent donnés à cet égard. A dix heures du soir, M. X***, se sentant un peu grippé, désira prendre de la bourrache. On prit, ou l'on crut prendre de la bourrache dans un panier à médicaments, pour faire de la tisane, et une première tasse fut ingérée vers dix heures un quart, non sans peine, car le malade trouva l'infusion détestable. Une deuxième tasse fut bue, à onze heures, avec une extrême répugnance. Mais quelques minutes s'étaient à peine écoulées que le malade éprouva un violent vertige et tomba presque évanoui au milieu de sa chambre. Cependant il put, à l'aide de deux personnes, gagner son lit, tout en se plaignant de ne plus voir clair et d'é-

prouver une faiblesse excessive dans les jambes.

L'examen attentif des feuilles qui étaient restées dans la théière fit aisément reconnaître des feuilles de jusquiame noire. La nature du poison étant connue, il s'agissait d'appliquer le remède. Plus de deux heures s'étaient déjà écoulées depuis le moment où le malade avait commencé à prendre l'infusion. Cette infusion était concentrée, et le liquide ingéré pouvait être évalué à 320 grammes environ. Il était trop tard pour songer à pomper le liquide contenu dans l'estomac, et d'ailleurs l'introduction d'une sonde dans l'estomac, dans l'état où était le malade, n'eût pas été chose facile. M. Martin Saint-Ange commença par faire appliquer de larges sinapismes aux cuisses et aux jambes. Par ce moyen douloureux, l'état léthargique cessa pendant quelques instants. On put, dans ces intervalles, prendre 30 centigrammes de tartre stibié dans deux tasses de thé.

A trois heures du matin, il y eut de larges évacuations par haut et par bas, et M. X*** recouvra petit à petit la raison. L'usage du café et des lavements à l'eau salée et vinaigrée contribuèrent beaucoup au rétablissement de la santé, qui était complet quarante-huit heures après l'accident.

M. Martin Saint-Ange fait à ce sujet une proposition que nous ne saurions trop appuyer, dans le but de prévenir, autant que possible, le retour de pareilles méprises et de pareils accidents : elle consisterait à se servir désormais dans les officines, pour renfermer les médicaments solides (poudre, feuilles ou racines) de nature toxique, de boîtes d'une couleur conventionnelle propre à appeler l'attention, comme on le fait déjà pour les bouteilles, fioles ou flacons qui renferment des liquides toxiques. (*Gaz. méd.*, mars 1861.)

Fracture *double du maxillaire inférieur ; extrême difficulté de maintenir la fracture réduite ; application de l'appareil de gutta-percha ; guérison au bout de six mois.* Un cultivateur des environs de Pontoise, le nommé G***, âgé de cinquante-quatre ans, ayant fait une chute pendant qu'il était assis sur un des chevaux de sa charrette, se trouva pressé par la roue qui lui passa sur la face et sur le côté gauche de la poitrine. M. le docteur Prestat (de Pontoise), appelé auprès de lui, constata une fracture de la sixième côte gauche, et une énorme contusion du côté gauche du thorax, une luxation de l'extrémité externe de la clavicule, etc., et des désordres tellement graves de la face, qu'ils dominaient toutes les autres lésions. Tout le côté gauche du front et de la face est le siége d'une vaste ecchymose et d'un gonflement énorme, l'apophyse zygomatique du temporal est disjointe d'avec l'os de la pommette. Une double fracture du maxillaire inférieur avait divisé cet os en trois fragments, un médian et deux latéraux. La réduction s'opérait facilement en tirant en avant et en haut le fragment médian ; mais il était impossible de maintenir la coaptation. Les deux fragments latéraux étaient entraînés en haut par les muscles temporaux, masséters et ptérygoïdiens ; du côté gauche, cette contraction était si forte que l'unique dent située sur ce fragment était serrée contre l'os maxillaire supérieur sans qu'on pût l'abaisser. Le fragment antérieur, au contraire, entraîné par son poids et l'action musculaire, glissait en bas et en arrière au-dessous des fragments latéraux. La fracture du côté droit était oblique d'avant en arrière et de haut en bas, tandis que celle du côté gauche était verticale. Une circonstance toute particulière ajoutait encore à la difficulté du traitement, c'était l'absence du plus grand nombre des dents. La déchirure des deux nerfs dentaires inférieurs, suite inévitable de la double fracture de la mâchoire, a produit la paralysie du sentiment de la peau du menton et de la lèvre inférieure : les muscles de ces parties ont conservé leur contractilité.

Le premier jour, en présence de la fatigue et de la faiblesse extrême du malade, M. Prestat dut se contenter d'un simple pansement.

Le 3 août, il voulut en vain maintenir réduite la fracture ; malgré une fronde appliquée avec le plus grand soin, le fragment postérieur glissa de nouveau en arrière et en bas. Il dut se contenter de soutenir ainsi très-incomplétement le menton.

Les jours suivants, il survint une vive réaction fébrile compliquée d'accidents graves, qui exigèrent une médication antiphlogistique énergique. La fièvre dissipée, M. Prestat appela M. Morel-Lavallée. Le gonflement énorme des parties molles de la face et de la langue ne permit pas de placer ce jour-là l'appareil de gutta-percha de ce chirurgien.

Trois jours après, le 14, M. Prestat réussit à placer entre la dent et le maxillaire supérieur, au lieu du coin qui ne pouvait tenir en place, un petit cube de gutta-percha présentant à la face inférieure une cavité où est reçue la couronne de la dent, et creusé à sa face supérieure d'une gouttière où le bord du maxillaire supérieur est logé.

Enfin, un nouvel érysipèle étant venu entraver encore ces tentatives, le 19 août, bien que la manœuvre fût très-difficile au milieu de ce gonflement, et que le malade très-affaibli ne supportât que péniblement cette fatigue, M. Morel-Lavallée réussit à placer son appareil. Ce chirurgien, avec une très-petite vrille, perça, non sans peine, une portion du fragment postérieur droit qui faisait saillie hors de la gencive déchirée, puis, ayant enlacé un fil de fer recuit autour du collet des deux dernières dents de ce côté, il passa dans le trou qu'il venait de percer l'un des bouts, et obtint, en le tordant avec l'autre, une coaptation exacte de la fracture de ce côté. A gauche, il entoura avec un autre bout de fil de fer les deux dents canine et première molaire, et la quatrième molaire qui était sur le fragment postérieur, mais tant à cause de l'intervalle d'un centimètre situé entre les dents par suite de l'absence de deux molaires, que de la contracture du muscle temporal, la coaptation est imparfaite, et les deux fragments ne se touchent que par une petite surface. L'appareil en gutta-percha fut appliqué assez facilement, puis refroidi par des injections d'eau frappée. La tendance au déplacement des fragments obligea M. Morel-Lavallée à laisser, contre son habitude, les fils de fer sous son moule.

Cet appareil apporta dans l'état du malade une notable amélioration ; la parole et la déglutition devinrent plus faciles.

Le 28, l'appareil étant soulevé, M. Prestat l'enleva et constata que le fil de fer avait glissé sur ses dents. La fracture de droite était bien maintenue. Il se résolut à imiter à gauche ce que M. Morel avait fait avec succès pour le côté droit. Il perfora avec une petite vrille le fragment moyen à 5 millimètres de son bord supérieur ; l'anse de fil de fer fut passée dans ce trou, puis tordue trois fois et fixée autour de la dent molaire persistant au fragment supérieur. Il réussit par ce moyen à affronter les deux fragments dans la moitié de leur hauteur, et surtout à diminuer de beaucoup la mobilité. Le moule de gutta-percha fut ensuite placé et solidifié. Le soulagement fut très marqué. Le malade peut pour la première fois avaler du potage épais.

Le 15 septembre, un troisième appareil en gutta-percha fut très-exactement appliqué, et suffit avec une fronde pour maintenir la coaptation précédemment obtenue.

Le 12 octobre, MM. Morel-Lavallée et Prestat enlèvent l'appareil et constatent la mobilité du fragment moyen. Un stylet introduit dans les fistules, rencontre une large surface nécrosée. Après quelques jours de repos, on replace un nouvel appareil qui embrasse mieux les dents et les gencives que les précédents. Du 19 au 29, de petites esquilles se présentent aux ouvertures fistuleuses, on les extrait.

Au commencement de décembre, la solidité de la mâchoire a fait d'assez grands progrès, pour que sans appareil le fragment du milieu suive parfaitement les mouvements des branches verticales de l'os maxillaire. Le malade quitte définitivement son appareil. Les fistules sont complétement fermées le 31. Enfin la fracture de la mâchoire est complétement consolidée dans les premiers jours de janvier. (*Gaz. des Hôp.*, mars 1861.)

Hernie étranglée (*Influence de la position sur la réduction, dans un cas de*). On sait qu'il est de précepte de chercher, dans l'action de la pesanteur, un auxiliaire pour la réduction des hernies par le taxis, et que c'est au moyen de la position donnée au malade que cette indication est remplie. On sait aussi que certains chirurgiens ont cherché à rendre cette action de la pesanteur plus efficace, en allant jusqu'à faire soulever le patient par les pieds, de manière que le corps fût renversé et la tête pendante, en même temps qu'on lui imprimait des secousses répétées. Ces procédés, qui paraissent violents et barbares, sont généralement abandonnés; mais il n'en est pas moins certain qu'on leur a dû plus d'une fois la rentrée de hernies étranglées, qui avaient résisté au taxis pratiqué dans les conditions ordinaires. Sans vouloir, bien entendu, conseiller l'emploi de tels moyens, nous croyons devoir citer le cas suivant comme un exemple qui témoigne de l'efficacité de la position pour la réduction des tumeurs herniaires.

Un homme, âgé de quarante-neuf ans, entra à King's College Hospital, dans le service de M. Bowman, le 9 janvier dernier, pour une hernie inguinale du côté droit, dont il était atteint depuis une vingtaine d'années, et que, malgré des efforts prolongés, il n'avait pu parvenir à faire rentrer comme il le faisait ordinairement. La tumeur était volumineuse, dure et tendue. On eut immédiatement recours au taxis; mais toutes les tentatives qui furent faites, même après l'administration du chloroforme, restèrent absolument inutiles; le malade fut alors placé dans son lit, les cuisses fléchies, avec une vessie pleine de glace appliquée sur la hernie. Trois heures après, lorsque M. Bowman le vit, il y avait des vomissements bilieux, des frissons violents, et la physionomie exprimait une grande anxiété. La tumeur, plus tendue, résista à de nouveaux efforts de taxis exercés dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire le patient étant dans le décubitus dorsal avec les cuisses fléchies sur le bassin. Avant de procéder à l'opération, M. Bowman voulut essayer ce que pourrait faire le procédé auquel il a été fait allusion plus haut. Le patient fut donc placé de façon que, la tête fléchie et les épaules reposant sur un matelas, le bassin était soulevé dans une direction verticale. Dans cette position, à peine la hernie eut-elle été comprimée entre les mains pendant une demi-minute, qu'une portion de l'intestin rentra tout à coup, réduisant aux trois quarts le volume de la tumeur; de nouvelles tentatives, continuées pendant trois ou quatre minutes, restèrent ensuite sans aucun succès. On remit alors le malade dans la position ordinaire, et le taxis parvint à amener une réduction complète. (*Med. Times and Gaz.*, février 1861.)

Hoquet (*Moyen de combattre le*). Le moyen suivant est recommandé par le docteur Wolf comme lui ayant très-souvent réussi pour faire cesser le hoquet, qui survient soit dans le cours d'une maladie, soit dans toute autre circonstance. Le patient doit faire une inspiration profonde, puis, contractant avec effort les muscles abdominaux comme pour aller à la garde-robe, rester dans cet état aussi longtemps que possible, et, quand enfin le besoin de respirer devient irrésistible, faire une inspiration très-rapide. Cette pratique doit en général être répétée plusieurs fois avant d'être suivie de succès. (*Deutsche Klinik* 1860, et *British med. Journ.*, 23 février 1861.)

Prurigo (*Traitement du*). Suivant le professeur Hebra, le prurigo se rencontre seulement dans la classe la plus pauvre, chez laquelle l'état de la peau n'est l'objet d'aucune espèce de soins. Tout moyen propre à nettoyer l'enveloppe cutanée et à l'adoucir aura pour effet de faire disparaître les papules et le prurit. Le traitement recommandé par le professeur de Vienne consiste dans l'emploi des bains d'eau tiède additionnée d'une grande quantité de savon, et, après chaque bain, dans des frictions avec un liniment composé d'huile de foie de morue et de goudron, par parties égales. La démangeaison, à l'aide de ces moyens, cesserait après la deuxième ou la troisième application. Il ne paraît guère possible d'accepter comme fondé tout ce qui précède. Au point de vue de l'étiologie, en admettant que le prurigo attaque de préférence les gens pauvres, malpropres, soumis aux conditions fâcheuses qu'entraîne l'indigence, il y a lieu de reconnaître aussi que cette maladie ne reste pas absolument confinée chez les personnes de la classe la plus malheureuse, et qu'elle peut naître sous d'autres influences que celles qui résultent de la malpropreté, de l'habitation malsaine, des privations, etc. Quant au traitement préconisé, est-il applicable à tous les cas, l'est-il à toutes les périodes de la maladie? Ne se rencontre-t-il pas parfois des indications différentes ou préalables à remplir? Ce sont là certes des questions que l'on peut se poser. Quoi qu'il en soit, il s'agit de moyens faciles, inoffensifs selon toute apparence; et, puisqu'ils ont réussi entre les mains de M. Hebra, il est clair qu'on pourra en essayer l'emploi, notamment dans les conditions spécifiées. (*Spitals - Zeitung*, janvier 1861, *et British med. journ.*, février 1861.)

Santonine (*Expériences sur l'action de la*) *et de l'huile essentielle de semen-contra*. Plusieurs observateurs ont signalé des accidents graves et même des empoisonnements mortels à la suite de l'administration de la santonine. Était-ce à l'action même de cet agent que devaient être attribués ces accidents ou bien à son adultération, à son mélange avec d'autres substances toxiques, telles que la strychnine par

exemple, ainsi qu'on l'a plusieurs fois constaté? Cette dernière hypothèse semblait la plus probable, mais c'était une hypothèse. Il fallait des expériences directes pour savoir exactement à quoi s'en tenir. M. le docteur Edmond Rose, de Berlin, a fait ces expériences, et leurs résultats, de nature à rassurer complétement les praticiens sur l'innocuité de la santonine en même temps qu'ils les prémunissent contre les dangers de l'huile essentielle de semen-contra, nous ont paru mériter d'être consignés ici.

La santonine est un véritable acide presque insoluble dans l'eau, très-peu soluble dans l'alcool froid, cristallisé, se fendillant et se colorant en jaune, sans décomposition, sous l'influence de la lumière et surtout des rayons bleus. M. Rose en a pris jusqu'à 1 gramme sans en éprouver une action fâcheuse. Voici ce qu'il a observé sur lui-même. La saveur de cette substance est très-désagréable, amère et de longue durée; elle détermine une légère diurèse pendant quelques jours, aussi longtemps que l'urine est colorée; une forte chaleur d'été empêche cette diurèse. L'urine devient pourpre quand elle est alcaline, et orange ou safranée quand elle est acide. Légère constipation, sécrétion de gaz intestinaux. La tête est prise d'une manière particulière; abattement, état narcotique spécial, indescriptible.

L'huile essentielle de semen-contra est vénéneuse; elle tue les lapins à la dose de 2 grammes à peu près, en déterminant des convulsions descendant de la tête aux extrémités inférieures, suivies de paralysie ascendante; de plus, elle exerce une action sur l'estomac, les poumons et les reins.

Cette essence n'est pas vermifuge, suivant M. Rose; à doses moyennes et non mortelles, elle est absorbée dans l'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle, et n'arrive pas en contact avec les lombrics qui habitent ordinairement plus bas; à dose plus forte, elle est vénéneuse.

La santonine remplit, au contraire, les conditions d'un bon vermifuge : elle est inoffensive, elle parcourt tout le tube digestif et se trouve en grande partie dans les matières excrémentitielles, car elle est presque insoluble dans l'eau, et une petite portion seulement se transforme en santonate de soude soluble, après son contact avec la bile; enfin, elle est la substance qui tue le plus rapidement les lombrics. (*Archiv. f. patholog. anat., etc.* et *Un. méd.*, février 1861.)

Temporisation (*De la*) *dans l'étranglement herniaire.* Dans un travail communiqué à l'Académie de médecine sur les résultats obtenus dans le traitement de quatre-vingt-cinq hernies étranglées, M. le professeur Gosselin a tiré de ses observations cette conclusion, que le taxis forcé était un moyen utile, bon à employer, dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures de l'étranglement. Dans un nouveau travail il fait connaître les résultats de la temporisation.

Les observations dans lesquelles M. Gosselin s'est décidé à ne pas insister sur le taxis et à attendre, en employant seulement un purgatif et des cataplasmes. Dans deux d'entre elles, il s'agissait d'une hernie ombilicale volumineuse; dans deux autres, d'une hernie inguinale; et dans la cinquième, d'une hernie crurale. Voici pourquoi il a adopté la temporisation dans ces cinq cas. Il a temporisé dans les deux cas de hernies ombilicales, parce qu'elles étaient volumineuses, anciennes, irréductibles, au moins en partie, depuis longtemps, et que, n'ayant pas l'irréductibilité récente comme moyen de diagnostic, il a dû se demander si c'était bien à un étranglement intestinal qu'il avait affaire. Le volume de la tumeur, son empâtement, son apparence lobulée sur une partie de la surface, le défaut de tension lui ont fait penser que la majeure partie, sinon la totalité, de la tumeur était constituée par de l'épiploon. Or l'épiplocèle étranglée ne réclame pas, à ses yeux, les mêmes soins que l'entérocèle et l'entéro-épiplocèle, surtout lorsqu'elle est depuis longtemps irréductible. Comme, à la rigueur, une anse intestinale pouvait se trouver étranglée derrière une grosse masse épiploïque qui l'aurait masquée, il a cru devoir, avant de prendre un parti, administrer préalablement un purgatif, et il a donné la préférence à celui qu'il conseille toujours dans les cas de ce genre, 50 centigrammes de calomel mélangé avec 50 centigrammes de jalap. Ayant obtenu au bout de quelques heures une évacuation alvine, il a considéré la question comme jugée et il a admis l'une des trois choses suivantes: ou bien la hernie était purement épiploïque, ce qui lui a paru le plus probable, ou bien elle contenait une anse incomplète qui était modérément

étranglée par le contour du sac épiploïque, et qui s'est trouvée réduite par les tractions auxquelles elle a été soumise de la part des contractions intestinales, ou bien enfin elle contenait une anse assez incomplète pour que les matières intestinales aient pu passer. De ces trois explications, la première est celle qu'il est plus disposé à adopter.

Les trois autres malades étaient deux hommes affectés de hernie inguinale, et une femme atteinte de hernie crurale ; chez tous trois, la tumeur, habituellement réductible, n'était devenue irréductible que depuis quinze à vingt heures. La pression qu'ils avaient faite eux-mêmes n'avait pas amené la réduction. Les phénomènes de l'étranglement n'offraient pas une grande intensité. Les coliques étaient modérées ; il n'y avait eu qu'un ou deux vomissements, point de garde-robes. Les tumeurs étaient de volume médiocre, douloureuses à la pression, et offraient, au lieu de la tension et de la résistance des hernies qui contiennent de l'intestin, une consistance pâteuse et une surface irrégulièrement lobulée. De plus, on sentait derrière la paroi abdominale la résistance, en manière de corde, que donne l'épiploon tendu au-dessus des ouvertures dans lesquelles il s'est engagé. Il y avait là, en un mot, les signes physiques de l'épiplocèle. Mais, comme, à la rigueur, il pouvait y avoir une anse complète ou incomplète masquée par une grande quantité d'épiploon, M. Gosselin a donné encore le purgatif. Dans les trois cas, sans que la tumeur ait le moins du monde diminué de volume, il a obtenu des garde-robes ; ce qui l'a confirmé qu'il avait affaire à des épiplocèles. Il a attendu. Les suites lui ont prouvé que c'était le parti le plus sage, car peu à peu la tumeur est devenue indolente et a diminué de volume.

En résumé, M. Gosselin est d'avis, d'après ces faits, que l'épiplocèle étranglée, comme l'épiplocèle enflammée, doit être abandonnée à elle-même et traitée seulement par le repos et les émollients. La sagacité du chirurgien doit donc s'exercer désormais, non pas tant à chercher si une hernie, pour laquelle il doit prendre un parti, est étranglée par le collet du sac ou par un anneau fibreux, qu'à découvrir si elle contient l'épiploon seulement ou une portion d'intestin. (*Archives de médecine*, février 1861.)

VARIÉTÉS.

Prothèse musculaire physiologique des membres inférieurs (1).

Par le docteur Duchenne (de Boulogne).

De quelques appareils orthopédiques, ou moyens prothétiques applicables aux mouvements du pied, de la jambe, de la cuisse et du tronc. — A. J'ai dit et je répète que la perte d'un ou de deux muscles moteurs du pied est souvent beaucoup plus grave que celle de tous les muscles moteurs de ce membre. J'en ai donné la preuve dans le cours de ce travail. Il suffit de voir, par exemple, un pied bot *talus pied creux* par atrophie et transformation graisseuse du triceps sural, soit au repos, soit en mouvement, et de les comparer à un pied dont tous les muscles moteurs sont détruits, même depuis un grand nombre d'années, pour comprendre que l'orthopédie est simple dans ce dernier cas, tandis qu'elle est très-difficile dans l'autre. Je pourrais rapporter des cas de paralysies partielles dans lesquels aucune espèce d'appareil n'était applicable. On parvenait, il est vrai, à maintenir solidement le pied qui pouvait, au repos, supporter le poids du corps; mais pendant la marche les mouvements pathologiques du pied, produits instinctivement par les muscles restés intacts, ne pouvant être empêchés, occasionnaient bientôt des compressions et même des déchirures qui ne per-

(1) Suite. — Voir la livraison du 28 février, p. 181.

mettaient pas longtemps l'usage de ces appareils. Il est au contraire facile de soutenir solidement pendant la marche, avec un appareil orthopédique quelconque, le pied dont tous les muscles moteurs sont détruits. En conséquence, ne serait-il pas rationnel, lorsque certains muscles moteurs du pied sont à jamais perdus, d'annihiler, par une opération chirurgicale, tous les muscles restés intacts, qui, loin d'être utiles, déforment le pied ou produisent des mouvements pathologiques tels, que la marche et la station en sont considérablement gênées, sans que l'orthopédie puisse améliorer cet état? Il est bien entendu que cette opération devrait être pratiquée avant que les articulations fussent déformées.

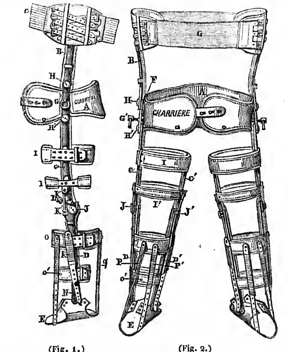
On ne doit pas laisser marcher les enfants dont tous les muscles moteurs sont paralysés ou atrophiés, sans avoir immobilisé préalablement les mouvements latéraux du pied avec un appareil approprié. J'ai appliqué dans ce but un appareil à tuteurs métalliques, dont l'étrier était limité de manière à ne permettre que des mouvements très-peu étendus d'extension ou de flexion, et je me suis contenté de maintenir le pied entre la flexion et l'extension avec des ressorts semblables à ceux que j'emploie dans la prothèse musculaire, et que je fixe, l'un au talou, et deux autres en avant; cet appareil est recouvert par la chaussure.

B. La paralysie atrophique graisseuse de l'enfance est rarement limitée aux muscles moteurs du pied; le plus ordinairement elle attaque, à des degrés divers, les muscles de la cuisse, et quelquefois même elle est localisée dans ces derniers. La prothèse musculaire des muscles de la cuisse est alors nécessaire à l'accomplissement des fonctions du membre, et vient en aide à la faradisation en plaçant les muscles dans le raccourcissement.

I. Rien n'est plus ordinaire que de voir le pied tourner considérablement en dehors, pendant la marche, chez les enfants dont un des membres inférieurs a été atteint par la paralysie atrophique graisseuse progressive. J'ai constaté souvent, dans ce cas, que la cuisse avait exécuté un mouvement de rotation en dehors, consécutivement à la paralysie ou à l'atrophie des demi-tendineux et demi-membraneux. J'ai démontré que ces muscles, outre l'action qu'ils exercent sur la jambe, sont rotateurs de la cuisse en dedans. Peut-être aussi d'autres rotateurs en dehors étaient-ils affectés. Voici un moyen prothétique bien simple pour ramener alors la cuisse dans la rotation en dedans. Je prolonge le tuteur externe de l'appareil représenté dans la figure 149 jusqu'à l'articulation fémoro-tibiale; j'attache à un bouton qui se trouve à l'extrémité supérieure de ce tuteur la courroie d'un muscle artificiel élastique dont l'extrémité opposée est boutonnée à la partie antérieure et moyenne d'une ceinture, ou d'un corset, ou d'un caleçon. La tension de ce muscle artificiel, qui passe en avant de la cuisse et se dirige obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, peut être plus ou moins forte, de manière à produire, à des degrés divers et suivant les indications, la rotation de la cuisse en dedans. Cette prothèse des rotateurs de la cuisse en dedans ou en dehors agit aussi sûrement que l'appareil orthopédique compliqué, lourd et gênant, que l'on emploie habituellement dans ce cas. Il permet les mouvements de rotation en dedans et en dehors, tandis que dans l'autre les mouvements alternatifs sont nécessairement condamnés.

II. Lorsque les extenseurs de la jambe sur la cuisse sont paralysés, il est nécessaire, pour rendre possible la station debout ou la marche, de maintenir artificiellement la jambe étendue sur la cuisse. Je n'immobilise pas pour cela

l'articulation tibio-fémorale; seulement je limite considérablement le mouvement de flexion du cuissard qui est articulé avec l'appareil à tuteurs métalliques de la jambe, représenté dans la page 184; puis l'extension complète de la jambe est opérée par des ressorts métalliques en spirale, disposés comme dans les figures 1 et 2. (J'exposerai bientôt la description et le but de cet appareil.) Cet appareil offre alors un point d'appui solide au membre inférieur pendant la station, et comme il n'est pas complètement immobilisé, il permet à l'articulation d'être mise en mouvement par la contraction et le relâchement alternatifs des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, les ressorts étant les antagonistes de ces fléchisseurs. Puis, lorsque, sous l'influence du traitement, les extenseurs de la cuisse commencent à recouvrer leur motilité, ils ne sont pas condamnés à l'inaction comme par les appareils rigides; ils peuvent, au contraire, se contracter instinctivement et sans fatigue, aidés qu'ils sont alors par les muscles artificiels extenseurs (K, fig. 1). Cette sorte de gymnastique concourt à développer leur force et leur nutrition. Enfin, lorsque le triceps crural a recouvré assez de force, on augmente l'étendue du mouvement de l'articulation de l'appareil, ou l'on en supprime les points d'arrêt, puis on conserve, comme auxiliaires, les extenseurs artificiels dont on tend les ressorts en raison directe de la faiblesse de ce muscle.



(Fig. 1.) (Fig. 2.)

J'ai fait construire l'appareil représenté dans les figures 1 et 2, pour des cas de contracture paralytique, par cause cérébrale, de certains muscles de membres inférieurs. Ainsi, il fallait écarter les cuisses rapprochées et entrecroisées par les adducteurs contracturés, étendre les jambes fléchies par les

muscles biceps fémoral, demi-membraneux et demi-tendineux, et fléchir le pied étendu par le triceps sural également contracturé. Il fallait en même temps faciliter la marche et la station.

Voici la description de cet appareil, qui peut être transformé en appareil de nuit et en appareil de jour (voir fig. 1 et 2) :

Il se compose d'une ceinture (A) qui prend son point d'appui sur le bassin, de deux cuissards (de H en J) articulés avec la ceinture A pour les mouvements de la cuisse, et prolongés supérieurement par deux branches destinées à éloigner ces cuissards l'un de l'autre, au moyen d'une ceinture élastique (G) fixée à l'extrémité supérieure de ces branches. Cette ceinture est placée à la hauteur des hypocondres ou de la partie inférieure du thorax ; elle est disposée de manière à ne pas exercer trop de compression sur ses parois ; sa force peut être graduée. Le mouvement d'abduction des cuissards peut encore être produit graduellement par une vis de pression (G'), de manière à limiter l'adduction des cuisses. Au niveau de l'articulation coxo-fémorale, les cuissards, dont les tuteurs métalliques (C, fig. 2) sont reliés entre eux par des cercles métalliques (*i* et *i'*, fig. 1), s'articulent de manière à en permettre la flexion ou l'extension ; la portion jambière, formée par deux tuteurs métalliques (de J en H), reliés entre eux par des cercles, articulés supérieurement avec le cuissard et inférieurement par un étrier et auquel est fixée une sandale (E).

J'ai employé un assez grand nombre de fois l'appareil que je viens de décrire, pour dire qu'il améliore singulièrement l'état des petits malades affectés de contracture paralytique des membres inférieurs. Voici son mécanisme, qu'il est, du reste, facile de comprendre. Lorsque les membres sont placés dans cet appareil, on obtient graduellement, l'extension des muscles contracturés en combinant l'action de la force fixe avec celle de la force élastique de la manière suivante :

1° On obtient l'abduction des cuisses en imprimant quelques tours à la vis C et en tendant la ceinture élastique G. La vis C limite à volonté le degré d'adduction des cuisses. Il faut augmenter graduellement cette force rigide et de manière à ne pas produire trop de douleurs. Lorsqu'on a limité l'adduction des cuisses à l'aide de la vis G, on tend la ceinture G, de manière à obtenir une plus grande abduction des cuisses. Cette force élastique agit ou tend à agir au delà de la force fixe, d'une manière incessante et beaucoup plus doucement que la force fixe, car elle cède aux spasmes considérables qui reviennent par moments dans les muscles contracturés, spasmes auxquels on ne saurait s'opposer d'une manière absolue sans provoquer de grandes douleurs et quelquefois des accidents. — Ordinairement, la contracture qui produit l'adduction des cuisses, les tourne en même temps dans la rotation en dedans. Pour m'y opposer, j'ai fait pivoter le tuteur externe du cuissard sur son axe, de manière à placer à volonté et graduellement la cuisse dans la rotation en dehors.

2° L'extension de la jambe sur la cuisse et la flexion du pied sur la jambe s'obtiennent en combinant de la même manière l'action de la force fixe produite par les vis de pression, avec celle de la force élastique des muscles artificiels dont on gradue la force au delà de la force fixe, comme pour les mouvements d'abduction de la cuisse.

L'appareil de nuit que je viens de décrire peut être transformé en appareil de jour. Son étrier se démonte alors pour être remplacé par un étrier semblable à celui de l'appareil représenté dans la figure 4 (p. 184), et dont le mou-

vement d'extension est limité; les fléchisseurs artificiels élastiques sont alors attachés à une guêtre, comme je l'ai décrit précédemment (p. 182).

A l'aide de cet appareil de jour, des enfants dont les membres inférieurs avaient été infléchis dans leurs jointures pendant plusieurs années ont pu se tenir debout et être exercés à la marche.

Il a été exécuté avec beaucoup d'intelligence par M. Charrière. On peut démonter ses différentes parties, de manière à le rendre plus léger au besoin, en le débarrassant, ou de la ceinture G, ou de la ceinture du bassin A, ou enfin de celle-ci et des cuissards. (*La suite au prochain numéro.*)

La mort frappe à coups redoublés dans nos rangs. A la perte si regrettable de M. Aran, nous avons la douleur d'ajouter celle, non moins regrettable, de M. Forget (de Strasbourg). Quoique le savant professeur fût aujourd'hui le plus ancien des collaborateurs du *Bulletin de Thérapeutique*, l'heure du repos volontaire était loin d'avoir sonné pour lui; il nous promettait même une collaboration plus active encore. En effet, depuis qu'il avait terminé la publication de son *Traité de Thérapeutique*, il s'était remis à l'œuvre et nous avait déjà adressé trois articles, dont un reste à publier. « M. Forget, dit avec raison M. Tourdes, avait à un haut degré les qualités qui relèvent de la conscience, le dévouement et le sentiment du devoir. Il mettait une exactitude scrupuleuse dans l'accomplissement de toutes ses fonctions, qualité rare à laquelle il attachait le plus haut prix. Une constitution affaiblie, une santé chancelante rendirent encore pour lui cette vertu plus méritoire. Depuis longtemps M. Forget était atteint d'une affection de poitrine qui s'aggravait chaque année par les rigueurs de l'hiver. Il se soutenait par des soins minutieux et surtout par l'énergie de sa volonté; il suffisait à tous ses devoirs; son zèle pour le travail ne se ralentissait pas. M. Forget n'a pas interrompu son enseignement; le 7 mars il faisait son cours de pathologie interne, et ses élèves assistaient à une de ces leçons si solides pour le fond, si brillantes par la verve du professeur, qui donnaient tant d'attrait à son enseignement; cette parole éloquente se faisait entendre pour la dernière fois. Le 10 mars, appelé dans le Haut-Rhin, M. Forget subit l'influence fatale d'une température froide et sèche; dès son retour il se sent gravement atteint : des hémoptysies répétées se produisent, la respiration s'embarrasse, la maladie marche avec rapidité. Notre collègue ne se fait pas illusion; ferme et chrétien en face de la mort, entouré des soins d'une famille désolée, il conserve jusqu'à la dernière heure la force de son caractère et la lucidité de sa belle intelligence.

« Ses obsèques ont eu lieu le samedi 23 mars. Un nombreux concours de personnes appartenant à toutes les classes de la société témoignait de l'estime générale qu'avait inspirée l'homme et le savant. La Faculté de médecine en corps, les médecins de Strasbourg, tous nos étudiants ont accompagné jusqu'à sa dernière demeure la dépouille mortelle du collègue et du maître si regretté. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe; M. Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine, dans un discours religieusement écouté, a payé un dernier tribut d'affection et d'estime à l'éminent professeur, au nom du corps qu'il avait illustré. M. Rumbach, interne, en quelques paroles vivement senties, a exprimé les sympathies des élèves et a été l'interprète du deuil profond que répand parmi eux la perte d'un maître si justement aimé. »

L'Académie de médecine vient de procéder à la nomination de ses diverses Commissions des prix. Voici le résultat des scrutins : *Prix de l'Académie* (question des désinfectants), MM. Velpeau, Jobert, Larrey, Devergie, Bouley. — *Prix Portal* : MM. Cruveilhier, Cloquet, Barth, Louis. — *Prix Civrieux* (angine de poitrine) : MM. Bouillaud, Desportes, Trousseau, Grisolle, Bricheteau. — *Prix Capuron* (influence des maladies de la mère sur l'enfant) : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul, Jacquemier, Ricord. — *Deuxième prix* (eaux minérales) : MM. Bouley, Mélier, Poggiale, Gaultier de Claubry, Tardieu. — *Prix Barbier* : MM. Lévy, de Kergaradec, Briquet, Blache, Guérard. — *Prix Itard* : MM. Bouvier, Falret, Rayer, Roche, Jolly. — *Prix Amussat* (chirurgie expérimentale) : MM. Laugier, Robert, Denonvilliers, Malgaigne, Cl. Bernard.

L'Académie de médecine vient de s'adjoindre, comme membre titulaire, notre sagace physiologiste, M. Claude Bernard, et comme correspondant, M. Leudet fils, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Rouen. M. Fonssagrives, médecin en chef au port de Brest, présenté *ex æquo* avec M. Leudet, a obtenu 29 voix. Ce nombre de suffrages nous est garant de la nomination du professeur de Brest à la prochaine élection.

Le corps médical vient de faire une nouvelle et grande perte. M. Ferrus, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, ancien inspecteur général des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons, commandeur de la Légion d'honneur, a succombé aux suites d'une hémorrhagie cérébrale. M. Ferrus, le premier en France, introduisit le système de travail corporel et spécialement l'agriculture dans la thérapeutique des maladies mentales. La création de la ferme Sainte-Anne est restée le point de départ de tout ce qui a été fait depuis dans ce genre.

M. le docteur Haspel, médecin principal de première classe, est nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, en remplacement de M. Sédillot, promu au grade d'inspecteur.

L'Académie des sciences a tenu sa séance annuelle. Voici la liste de celles des récompenses qui intéressent nos lecteurs :

Prix de médecine et chirurgie. — La Commission des prix de médecine et de chirurgie propose de décerner, cette année, trois prix et deux mentions honorables. *Prix* : 1° à M. Davaine, un prix de 2,500 francs, pour son *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*; 2° A M. J. Bergeron, un prix de 2,000 francs, pour son ouvrage intitulé : *De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthérique, ulcéro-membraneuse*; 3° à M. Mingault, un prix de 2,000 francs, pour son ouvrage intitulé : *De la paralysie diphthéritique* (paralysie consécutive à l'angine couenneuse et au croup). *Mentions honorables* : 1° à M. Turek et à M. Czermack, une mention honorable pour leurs travaux sur la *laryngoscopie*; 2° à M. Marey, une mention honorable pour son travail intitulé : *Etudes sur la circulation sanguine, d'après les différentes formes du pouls, recueillies au moyen du sphygmographe.* Une somme de 1,200 francs est jointe à chacune de ces mentions.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches nouvelles sur la nature et le traitement de l'asthme.

Par M. le docteur Duclos (de Tours), médecin de l'hôpital Saint-Gatien.

Mon illustre maître, le professeur Trousseau, dans sa clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, s'exprime dans les termes suivants :

« Le docteur Duclos (de Tours) a établi que chez presque tous les asthmatiques il y avait une diathèse herpétique : c'est un fait que j'ai pu constater aussi de mon côté. Or, quand l'asthme prend pendant quelques jours la forme continue dont je vous ai parlé plus haut, avec sécrétion exagérée des bronches, il estime qu'il se fait sur la membrane muqueuse pulmonaire une poussée eczémateuse analogue à celles que nous voyons si souvent sur d'autres membranes muqueuses ou à la peau.

« Cette théorie de M. Duclos explique jusqu'à un certain point l'allure bizarre de cette forme d'asthme ; mais elle ne donne pas plus que les autres la clef de l'intermittence ou de la rémittence de la dyspnée, qui restent toujours là pour témoigner de la présence de l'élément nerveux. »

J'ai pour but, dans ce petit travail, d'exposer comment j'ai été conduit à cette théorie de l'asthme, sur quelles considérations et aussi sur quels faits elle repose. Je veux faire voir que seule elle explique les formes variées de l'asthme, la forme intermittente ou même simplement fugace, aussi bien que la forme continue. Je veux dire enfin quelles conséquences j'en ai déduites quant à la thérapeutique, et comment ici encore la médication est venue confirmer l'opinion que je m'étais faite de la nature de la maladie.

On comprend pourtant qu'il ne saurait entrer dans ma pensée d'établir ici une monographie de l'asthme. Ce travail sortirait des limites que je m'impose. Je dois et veux me borner à un simple récit des recherches qui me sont personnelles.

On imaginerait difficilement dans quelle incertitude, dans quelle incohérence, le défaut de précision du langage médical a jeté les praticiens à l'occasion de l'asthme.

Un individu a de l'oppression habituelle. Il s'essouffle au moindre effort, à toute marche un peu vive, et surtout à tout mouvement

d'ascension. Cette dyspnée s'accroît par intervalles, pour diminuer à d'autres moments, mais sans jamais cesser. On constate ou non quelque trouble du côté du cœur, et on déclare le malade atteint et convaincu d'asthme.

D'autres fois la dyspnée apparaît surtout quelques heures après le repas, pour persister jusqu'à la fin du jour. On oublie de percuter le côlon transverse, particulièrement à sa jonction avec le côlon descendant, et d'y reconnaître une accumulation gazeuse considérable. La dyspnée seule préoccupe, et là encore on diagnostique un asthme.

Dans d'autres circonstances une phlegmasie chronique a amené un épaississement de la membrane muqueuse des bronches, avec sécrétion épaisse et abondante. La respiration est habituellement gênée; mais le moindre mouvement augmente la dyspnée, par ce fait physiologique si simple, qu'il accélère les mouvements respiratoires et exige l'introduction dans le poumon d'une plus grande quantité d'air. Ici encore le fait saillant devient la dyspnée, et on le décore du nom d'*asthme*.

Une autre fois, sous une influence hystérique, la respiration se précipite. Un sifflement se produit, plus souvent laryngé que bronchique; la dyspnée est considérable; elle a tous les caractères apparents de celle qui accompagne un véritable accès d'asthme violent; elle dure à peu près le même temps; un asthme est encore diagnostiqué.

Je pourrais multiplier à l'infini ces exemples de désignations d'asthme, improprement appliquées à des maladies qui en diffèrent essentiellement. Il n'est pas un praticien qui n'ait vu ou qui n'ait eu à se reprocher quelquefois ce vice de langage. Et pourtant on ne saurait trop répéter de quelle absolue nécessité il est de bien s'entendre sur la désignation des espèces morbides, afin de ne pas raisonner sur des unités de nature différente. Ici, la confusion tient souvent et exclusivement au symptôme dyspnée, accompagnée ou non de lésions anatomiques appréciables.

C'est là une erreur grave.

L'asthme n'est pas seulement la dyspnée : ce n'est pas, comme la dyspnée, un symptôme; c'est toute une espèce morbide, une maladie complète, maladie essentielle, caractérisée par des attaques plus ou moins répétées, et s'accompagnant d'une dyspnée dont le caractère spécifique est la périodicité.

Sauvages, dans sa nosologie, l'avait parfaitement vu, quand il écrivait cette définition :

« Asthma est morbus chronicus cujus præcipuum symptoma est « periodice recurrens spirandi difficultas.

« Dyspnæa est difficultas spirandi (un symptôme, et non *morbus*, « une maladie) chronica, ut in asthmate, et non intermittens, unde « ab asthmate differt. »

J'avais besoin de bien établir ces faits vraiment capitaux, afin de faire comprendre sur quelle maladie ont porté mes recherches, soit de pathologie, soit de thérapeutique. Il demeurera ainsi bien entendu que je parle, non d'une dyspnée symptomatique, d'une affection, soit des bronches, soit du poumon, soit du cœur, soit des gros vaisseaux, soit du gros intestin, soit enfin hystérique, mais bien d'une affection spéciale, essentielle, d'une véritable maladie caractérisée par des attaques consistant en des accès d'oppression, attaques reparaissant à des époques plus ou moins régulières et rapprochées, dans l'intervalle desquelles les fonctions respiratoires reprennent leur régularité habituelle.

Après avoir ainsi exactement délimité la maladie qui me semble mériter seule le nom d'asthme, je me suis demandé quelle en pouvait être la nature, et pour cela, d'une part, j'ai lu attentivement ce qu'en ont écrit les auteurs, et, d'autre part, j'ai minutieusement étudié les cas qui se sont présentés à mon observation.

Or voici ce que j'ai vu :

La plupart des auteurs, depuis les plus anciens jusqu'à nos plus modernes, ont confondu l'asthme avec la dyspnée, et se sont ainsi exposés à ranger sous le même nom un grand nombre de maladies, si variées pourtant, qui peuvent donner lieu à de l'oppression, soit habituelle, soit fréquente. De temps en temps on trouve bien quelques admirables descriptions de l'asthme en tant que maladie essentielle, spéciale au même titre que la pneumonie, la fièvre typhoïde, la scarlatine ; mais il est vrai de dire pourtant, qu'à l'exception d'Hippocrate, d'Arétée, de Van Helmont, de Willis, Cullen, Sauvages, Franck, dont les opinions sont mentionnées dans l'excellente thèse de mon ancien collègue et ami Mercier Sainte-Croix, la plupart des auteurs ont commis la confusion que je signale. De nos jours, MM. Rostan, Louis et Beau ont en quelque sorte nié l'asthme en tant que maladie essentielle. Ils en ont fait un simple symptôme dépendant soit d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux, soit d'un emphysème pulmonaire, soit d'un catarrhe des petites bronches.

M. Trousseau a trop victorieusement réfuté ces opinions dans sa clinique médicale, pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Il ne me restait donc qu'une seule appréciation possible, celle de cet illustre

praticien, qui voit dans l'asthme une névrose pulmonaire, soit simple, soit greffée sur des lésions organiques, mais en devenant alors une complication et non un symptôme.

Or, plus j'avance dans la pratique médicale et plus, je l'avoue, augmente ma défiance des névroses : si souvent le mot d'accidents nerveux n'est qu'une étiquette qui recouvre et cache notre ignorance!

De plus, je ne voyais guère là, dans bien des circonstances, les conditions propres au développement d'une névrose.

Un individu est pris d'éternuments répétés, saccadés; son nez coule, puis, le soir, un accès d'asthme se produit.

Un autre entre dans un moulin, s'expose à la poussière de la farine; il est pris d'asthme, et il n'en sera jamais repris qu'à la condition de s'exposer de nouveau à cette farine.

La fumée de bois, celle de tabac, la poussière de l'ipécacuanha, certaines vapeurs, certaines odeurs, vont amener le même résultat.

Tel homme a vu disparaître brusquement une affection cutanée, un eczéma, un herpès, et un violent accès d'asthme est survenu.

Chez tel autre, un vésicatoire, un cautère, établis depuis longtemps, ont été taris, et une crise d'asthme s'est manifestée.

Tout cela n'a vraiment guère l'apparence d'une simple névrose.

Je me le disais chaque fois, je me le répétais et je cherchais toujours.

Or, j'avais été bien souvent frappé de ce fait, qu'en général, les asthmatiques purs, à asthmes vraiment essentiels, ont été atteints d'affections cutanées à des degrés et avec une intensité variables d'ailleurs, ou bien sont nés de parents chez lesquels on retrouve, *sous une manifestation ou sous une autre*, le vice dartreux.

L'extrême fréquence de cette coïncidence m'avait beaucoup impressionné. J'en tenais bonne note, et je me demandais si l'asthme n'était pas, après tout, une simple psore bronchique.

L'observation ne tarda pas à confirmer cette opinion, et, en y réfléchissant davantage, je trouvai bientôt qu'à chaque variété dans la forme de l'asthme correspond une variété dans la poussée herpétique qui se fait aux bronches; qu'ainsi, si nous admettons aux bronches une simple urticaire, éruption fugace, voltigeante, si j'ose dire ce mot, nous aurons l'accès de l'asthme rapide, fugace, revenant et disparaissant rapidement pour revenir.

Si nous admettons l'érythème, nous aurons l'accès d'asthme plus persistant, plus long, offrant moins d'inégalités dans tout le cours de l'accès, en quelque sorte rémittent.

Si enfin nous admettons l'eczéma, nous aurons l'asthme à forme

continue, avec sécrétion considérable des bronches, conservant pourtant son cachet d'exacerbations intermittentes, parce que là, comme à la peau, l'eczéma détermine des poussées successives et non une poussée unique.

Développons rapidement cette manière de comprendre l'asthme, et il sera facile de voir qu'elle seule permet de saisir sa marche intermittente, à périodes irrégulières, et de se rendre compte des causes, souvent si bizarres, qui paraissent le provoquer.

Comment, en effet, se produit l'urticaire? Sous quelles influences se développe-t-elle? Quelle marche suit-elle?

Un homme, dans le meilleur état de santé, mange certains aliments spéciaux, déterminés, ou bien il digère mal des aliments auxquels il est pourtant habitué, ou bien encore il est exposé au contact de certaines substances, il respire certaines odeurs, certains gaz, ou bien encore il subit telle ou telle influence atmosphérique; aussitôt, sans phénomènes précurseurs, sans symptômes préalables, sa peau devient le siége d'une éruption, soit générale, soit partielle; éruption d'un aspect particulier, spécifique, avec un prurit pénible, souvent même intolérable, qui dure quelques heures ou quelques jours, pour cesser complétement avec ou sans intervention de la thérapeutique : puis, sous la moindre influence, et quelquefois même sans aucune cause appréciable, la démangeaison se reproduit avec tout son même cortége de symptômes. Le malade accuse une sensation d'extrême tension à la peau. « Ma peau est trop courte, me disait l'un d'eux dans son langage pittoresque; il semble qu'elle va éclater ». La crise éruptive disparait encore, et souvent brusquement, pour se reproduire dans quelques cas. Il arrive même fréquemment que ces retours d'éruption se font périodiquement à la même heure, avec une régularité presque mathématique et en l'absence de toute condition perceptible qui puisse expliquer cette parfaite périodicité. Enfin, fréquemment aussi il arrive que l'urticaire se réduit à la démangeaison, à l'insupportable prurit, et que l'éruption est si peu abondante, si extrêmement discrète, qu'elle peut passer inaperçue. Tout se réduit alors à la démangeaison, avec sensation d'une tension considérable de la peau. Voilà l'urticaire dans ses formes habituelles.

Or, transportons tous ces phénomènes aux bronches, et nous avons toutes les conditions de l'asthme et des formes les plus fréquentes de l'asthme :

1° Invasion soudaine et sous l'influence de causes le plus souvent inexplicables;

2° Prurit et éruption à la surface bronchique, avec tension considérable, et dès lors anxiété respiratoire, dyspnée extrême, le calibre des bronches devenant trop étroit pour livrer passage, dans un moment donné, à la quantité convenable et nécessaire d'air ;

3° Cessation complète de la crise après plusieurs heures ou plusieurs jours, quand l'exanthème bronchique a disparu, comme pour l'exanthème cutané ;

4° Retour complet de la crise quand une nouvelle poussée exanthématique se fait aux bronches, et retour intermittent, périodique, absolument comme pour l'urticaire cutanée, et quelquefois même régulièrement intermittent, régulièrement périodique.

Il est impossible, je crois, de voir et même d'imaginer une plus complète identité.

N'est-ce pas là la véritable attaque d'asthme, d'asthme essentiel, comme l'a si admirablement décrite le professeur Trousseau dans les lignes suivantes :

« Un individu jouissant de la plénitude de la santé se couche aussi bien portant que d'habitude et s'endort tranquillement. Une heure, deux heures après, il est brusquement réveillé par un accès d'oppression des plus pénibles. Il éprouve dans la poitrine un sentiment de compression et de resserrement, une gêne considérable. Sa respiration est difficile et accompagnée d'un sifflement laryngo-trachéal pendant l'inspiration. Cette dyspnée, cette anxiété augmentent : le patient se lève sur son séant : appuyé sur les mains, les bras ramenés en arrière, la face bouffie, quelquefois livide, rouge violacé, les yeux saillants, la peau couverte de sueur, il est bientôt obligé de se jeter hors du lit ; et, si l'appartement qu'il habite n'est pas suffisamment élevé de plafond, il court ouvrir sa fenêtre pour chercher au dehors l'air qui lui manque. Cet air libre et frais le soulage. Cependant l'accès dure une heure, deux heures, plus encore ; puis l'orage se calme... Le lendemain, il se met à ses affaires, mène sa vie habituelle... Le soir, presqu'à la même heure, l'accès se répète absolument semblable à celui de la veille, cédant comme lui pour revenir encore le lendemain, et revenant ainsi pendant trois, quatre, cinq, dix, vingt et même trente jours... »

Oublions un instant que la scène se passe du côté des bronches. Omettons les symptômes spéciaux en raison du siége du mal. N'est-ce pas là vraiment la très-complète description d'une crise d'urticaire ?

Si maintenant, au lieu de l'urticaire, nous observons l'eczéma,

une autre forme éruptive apparaît, et elle correspond à une autre forme, très-commune aussi, de l'asthme.

Voyons, en effet, comment se développe et marche l'eczéma, et prenons comme type l'eczéma du visage, si souvent et si improprement décrit sous le nom d'*érysipèle*.

Un homme, très-bien portant d'ailleurs, a, soit à l'oreille, soit au nez, quelques petites croûtes insignifiantes, imperceptibles. Il y attache si peu d'importance qu'il néglige même de s'en jamais occuper. Puis un jour, à l'occasion soit d'une mauvaise digestion, soit d'une irritation locale, soit de l'impression de l'air froid, soit même, enfin, en l'absence de toute cause appréciable, une petite éruption rouge se fait au visage. Elle grandit rapidement, gagne toute la face, gagne même le cuir chevelu; une multitude de vésicules caractéristiques propres à l'eczéma couvre les parties envahies, mais elle les couvre par des poussées, par des ondées successives et non simultanées, successives non-seulement dans des points différents, mais même sur la même place; puis les vésicules se rompent, laissent suinter une abondante sérosité; des croûtes se forment, très-minces, très-superficielles : elles tombent, et, si de nouvelles ondées eczémateuses ne se font pas, le mal est terminé. Mais, le plus souvent, des poussées successives en augmentent la durée, pour se reproduire, cesser, et se reproduire encore de la même manière pendant huit, dix, quinze ou vingt jours.

Ainsi, éruption d'abord très-phlegmasique, puis recouverte de petites vésicules, puis exsudation séreuse abondante, qui témoigne que le mal entre dans sa période de décroissance. Enfin, poussées successives, qui se font avant la disparition complète de la poussée précédente; en sorte qu'il y a bien des redoublements, mais non de véritables intermittences, puisqu'il n'y a pas d'apyrexie complète.

Voilà l'eczéma. Voyons à quelle forme d'asthme il correspond.

Un malade est pris de coryza avec éternuments insupportables, fréquents, presque incessants, sans cause qui légitime ce rhume de cerveau. Le nez coule abondamment; les yeux sont gouflés et remplis de larmes. Bientôt la muqueuse nasale redevient libre, et une crise d'asthme se déclare avec tous ses caractères habituels : la dyspnée, le sifflement et les bruits bizarres des bronches. L'accès dure le temps ordinaire, pour diminuer sans cesser complétement; puis l'état fluxionnaire de la muqueuse nasale se reproduit, suivi encore d'une nouvelle crise d'asthme, et la même scène se renouvelle ainsi plusieurs jours, quelquefois même plusieurs semaines, toujours avec le même caractère d'accès se reproduisant à intervalles

périodiques, peu réguliers, entre lesquels le retour à l'état normal n'est pas absolument parfait. Chaque détente, c'est-à-dire chaque fin d'accès, se termine par une abondante exsudation de matières muqueuses, filantes, en général d'autant plus épaisses, d'autant plus catarrhales que le mal approche de sa fin. Chaque retour d'accès, au contraire, est signalé par la suspension pendant quelques heures de cette exsudation muqueuse. Enfin, les derniers jours, la maladie est à peu près continue; l'état catarrhal devient prédominant et absorbe à lui seul toute l'affection. Analysons un pareil fait : qu'y trouvons-nous?

Un état fluxionnaire de la muqueuse nasale, qui envahit rapidement la trachée et les bronches, et y détermine des symptômes spéciaux en raison du siége du mal; des poussées fluxionnaires successives, qui déterminent chaque fois une recrudescence, un redoublement plus ou moins marqué de ces symptômes; une sécrétion plus ou moins abondante à la surface des membranes envahies, sécrétion dont la nature et la quantité permet en général d'apprécier le degré plus ou moins avancé du mal.

Qu'est-ce que tout cela, sinon la très-exacte description d'un eczéma aigu, modifié ici seulement par le siége qu'il occupe?

Il faut donc bien le reconnaître : l'asthme n'est rien autre chose que la psore bronchique, et les accès intermittents rien autre chose que des poussées, intermittentes aussi, de cette psore.

J'ai cité les deux types principaux, savoir : l'urticaire et l'eczéma, et je les ai comparés. Mais on comprend facilement combien il y a de variétés possibles, de nuances entre ces deux états.

L'urticaire réduite à la simple démangeaison sans éruption, n'est-ce pas la crise d'asthme sec, sans sécrétion aucune, et durant quelques heures?

L'eczéma avec sécrétion abondante et poussées, se répétant successivement, n'est-ce pas l'asthme humide, de longue durée, avec abondante expectoration?

En comprenant ainsi l'asthme, je n'établis pas, d'ailleurs, un fait sans analogue dans la pathologie.

Est-ce que toutes les membranes muqueuses ne sont pas souvent envahies par des affections herpétiques? Est-ce que l'ophthalmie, l'angine, l'entérite, la cystite, ne sont pas la manifestation fréquente d'une affection eczémateuse aiguë? Chaque jour l'observation le démontre, et chaque jour aussi elle fait voir le rôle immense que joue, dans la production et dans l'expression de ces prétendues phlegmasies, la diathèse herpétique.

Si les réflexions qui précèdent sont vraies, et pour moi je les considère comme incontestables, ce n'est donc pas dans l'élément nerveux, c'est-à-dire en définitive dans l'inconnu, qu'il faut chercher la cause de la périodicité des attaques d'asthme, l'intermittence de la dyspnée. La dyspnée est intermittente, les accès sont périodiques, parce que les poussées herpétiques sont, de leur nature même, toujours intermittentes, toujours périodiques.

Résumons donc encore toutes ces considérations en répétant : l'asthme est une affection herpétique aiguë des voies respiratoires.

La nature de l'asthme une fois bien établie, il me semble que la thérapeutique devait en devenir plus simple, plus facile, et surtout plus certaine. Je veux parler ici de la médication prophylactique, du traitement à longue portée, dirigé contre l'essence de la maladie, et destiné à prévenir le retour des attaques, et non de la médication propre à chaque crise, médication du moment, peu efficace d'ailleurs en général, et d'une action toujours limitée à la crise actuelle.

En voyant de près ce qu'ont écrit les auteurs, je parle de ceux qui ont fait les monographies les plus estimées, j'étais frappé de remarquer combien sont peu sérieuses leurs considérations relatives à la médication prophylactique. C'est à peine si, en dehors des conditions d'hygiène, quelque thérapeutique sérieuse est indiquée. Et même, circonstance fort remarquable, un grand nombre répétant fidèlement et avec respect les erreurs de leurs prédécesseurs, attribuent une influence favorable à des conditions d'hygiène bien plus propres à développer qu'à empêcher le retour de l'asthme. C'est ainsi qu'on voit des auteurs, si estimables d'ailleurs, recommander les climats chauds, insister sur les bénéfices qu'on doit retirer de la saison chaude, alors qu'il est pourtant d'observation, qu'en général le véritable asthme, le seul dont il soit question dans ce travail, est une maladie des climats chauds et des saisons chaudes.

Que d'autres erreurs semblables j'ai rencontrées à l'égard de cette maladie! que d'auteurs j'ai vus méconnaître ce qu'Hippocrate a pourtant indiqué, à savoir, que l'asthme s'observe, même assez communément, dans l'enfance! Combien peu ont voulu saisir à quel point l'asthme est une maladie libre dans ses allures, indépendante de toutes les conditions d'hygiène auxquelles nous avons la prétention de la soumettre!

Quant à la thérapeutique préventive, elle est le plus souvent complétement passée sous silence. L'accès vient : on s'efforce d'aider à la guérison; quelquefois même on s'attribue le mérite d'y avoir

largement pris part, et on ne fait rien d'actif pour prévenir le retour d'un autre accès.

Cette abstention est regrettable ; elle repose sur la parfaite incertitude dans laquelle on est quant à la nature de la maladie. L'accès passé, on ne sait vraiment trop contre quel élément morbide diriger un traitement. On ne fait rien, parce qu'on ne sait que faire, et qu'on ne veut pas faire une médication insignifiante.

J'en étais là jusqu'au jour où mon opinion sur la nature de l'asthme fut enfin bien établie. Je me dis alors que, si l'asthme est une affection herpétique, s'il est la manifestation aux bronches de la diathèse dartreuse, on devait en prévenir le retour par les moyens qui, habituellement, préviennent le retour des affections dartreuses cutanées.

La médication préventive avait dès lors une base : elle reposait sur une théorie dont la vérité m'était démontrée. Elle devenait de l'expérimentation sérieuse, au lieu d'un aveugle empirisme.

Or, j'avais vu que, de tous les moyens préconisés pour modifier la diathèse herpétique et prévenir ainsi la reproduction de ses manifestations cutanées, ceux sur lesquels on pouvait le plus compter étaient les préparations sulfureuses et les préparations arsenicales.

Je me dis donc : je donnerai tout d'abord les sulfureux, moyen plus inoffensif, d'un emploi plus facile, exempt de tout danger ; et, en cas d'insuffisance, j'arriverai pour les asthmes rebelles à l'usage des arsenicaux.

De tous les sulfureux, le premier qui se présenta à mon esprit fut l'eau minérale sulfureuse, et par excellence celles de Baréges, de Bonnes et de Cauterets. J'avais vu si souvent ces trois sources me rendre d'étonnants services dans le traitement des affections cutanées, des angines granuleuses, des maladies herpétiques du col utérin, et même Bonnes dans quelques diarrhées chroniques, que je croyais pouvoir compter sur leur effet.

Ma surprise fut grande de les voir d'une absolue inefficacité.

J'en étais là lorsque, il y a déjà bien des années, un malade vint me demander de soumettre son frère, atteint d'asthme, à une médication qui l'avait débarrassé lui-même de cette cruelle maladie. Il me raconta que, pendant plusieurs années, il avait pris de 50 centigrammes à 1 gramme de fleur de soufre (soufre sublimé et lavé), chaque matin pendant vingt jours d'abord chaque mois, puis, après un certain temps, pendant une dizaine de jours seulement par mois, et qu'il était aujourd'hui radicalement guéri depuis plusieurs an-

nées, guéri au point d'avoir pu s'enrhumer plusieurs fois sans que l'asthme reparût.

On comprend facilement si j'autorisai le malade, et, à dire vrai, je l'engageai vivement à suivre cette médication. Rien ne pouvait m'intéresser davantage.

J'avais des idées trop arrêtées en thérapeutique pour croire que le choix de la préparation sulfureuse fût indifférent, et que l'action de la fleur de soufre fût identique à celle des Eaux-Bonnes, de Baréges, de Cauterets ou de Saint-Sauveur. J'étais trop convaincu qu'il y a en thérapeutique des analogues, mais jamais des succédanés. La fleur de soufre ne me parut pas plus être l'eau sulfureuse, que le quinquina n'est le sulfate de quinine, que la morphine n'est le laudanum. C'était donc une médication nouvelle à expérimenter. Je le fis, et d'autant plus volontiers qu'elle ne pouvait entraîner aucun danger.

Or, de toutes les expériences que j'ai tentées, des faits que j'ai observés, il est résulté pour moi cette conclusion, que la fleur de soufre est un moyen d'une prodigieuse puissance dans la médication préventive de l'asthme. Tous les cas contre lesquels j'ai administré le soufre ont été modifiés ; un certain nombre entièrement guéris.

Voici le procédé thérapeutique auquel j'ai habituellement recours :

Je prescris la fleur de soufre à la dose quotidienne de 50 centigrammes à 1 gramme, suivant l'âge du malade, à prendre en une seule fois, le matin, soit à jeun, soit au moment du déjeuner. Cette dose est continuée cinq ou six mois, pendant vingt jours chaque mois, puis pendant un an ou dix-huit mois ou deux ans, pendant dix jours seulement chaque mois.

Il est impossible d'imaginer un traitement plus simple ou plus facile.

En général, le remède est bien accepté par l'estomac. En général aussi, il ne produit ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Il passe d'une manière très-indifférente, et, dans les cas fort rares où il exerce une petite action purgative, l'association d'une très-faible quantité d'opium met bientôt fin à ce mauvais effet.

La fleur de soufre se mêle difficilement à l'eau, en raison de sa ténuité et de sa légèreté. On peut alors, ou bien n'ajouter l'eau que peu à peu, goutte par goutte, ou bien prendre le remède avec un peu de confiture ou dans une cuillerée de soupe.

J'ai obtenu de cette médication des résultats que je n'hésite vraiment pas à appeler très-remarquables. Je voudrais pouvoir citer

ici quelques observations bien concluantes. Je me bornerai à deux qui me semblent aussi complètes que possible. Il s'agit d'asthmes héréditaires, condition dont aucun praticien ne peut méconnaître l'importance.

Obs. I. Mlle M. G*** est née d'une mère qui a eu plusieurs attaques d'asthme, et quelques-unes d'une fort grande intensité. Sa première enfance a été généralement bonne, à cela près d'une notable susceptibilité de la gorge, et de petites éruptions furfuracées fréquentes au visage et au cuir chevelu.

A l'âge de sept ans et demi à huit ans, elle est prise d'une affection aiguë des bronches qui frappe vivement mon attention. Soudainement une oppression considérable se manifeste, avec sifflement laryngo-trachéal très-prononcé, sans altération bien grande pourtant de la voix. Pas de matité à la percussion, et à l'auscultation les râles sibilants et chantants particuliers à l'asthme. Chaque soir l'oppression redouble, l'accès devient plus violent. L'enfant n'a de respiration possible qu'à la condition de rester presque assise dans son lit.

Cet état se prolonge plusieurs jours, en dépit d'une médication active, et se termine par une exsudation abondante de matières glaireuses et filantes.

Des crises semblables se reproduisent tous les mois, toutes les six semaines, tous les deux ou trois mois ; quelques-unes semblent frapper d'emblée les bronches ; le plus grand nombre débutent par un coryza très-pénible, par d'insupportables éternuments. En général, presque toutes semblent se produire à l'occasion de quelque refroidissement, et je constate qu'après un certain temps, six à sept mois environ, il reste, dans l'intervalle, de l'oppression habituelle, oppression assez grande pour rendre extrêmement pénible tout mouvement d'ascension un peu élevée ou de marche un peu rapide.

A mesure que les crises se succèdent, elles gagnent en intensité, en sorte que chacune devient pour la famille un nouveau sujet d'inquiétude que j'ai peine à calmer.

Une pneumonie survient incidemment et elle se prolonge pendant environ vingt jours, avec un caractère d'extrême gravité. Une médication très-énergique devient nécessaire : la digitale à haute dose, le kermès également à haute dose, enfin de nombreux vésicatoires volants.

La pneumonie guérit complétement, non sans beaucoup de peine ; mais elle ne met pas fin aux crises d'asthme.

Trois mois environ après la pneumonie se reproduit un accès d'asthme, bientôt suivi d'autres accès également intenses, également fréquents, et toujours avec de l'oppression habituelle entre les accès, ce qui n'existait pas primitivement. M. Louis est consulté à Paris, et diagnostique, comme je l'avais déjà fait, un emphysème pulmonaire, emphysème que j'avais vu se développer consécutivement aux accès d'asthme éprouvés par la malade.

Toute médication échouant, je conseille une saison aux eaux du Mont-Dor. On y conduit l'enfant; elle est examinée par le bon et habile docteur Bertrand, qui constate l'asthme, et fait suivre avec le plus grand soin la médication thermale.

L'eau du Mont-Dor est prise également à domicile, quelques mois après que l'enfant a été ramenée à Tours.

De tous les moyens employés, l'eau du Mont-Dor est certainement celui dont l'efficacité a été le plus incontestable. Pendant quelques mois, les attaques d'asthme cessent complétement, l'oppression disparaît, le retour à la santé est à peu près parfait. Mais bientôt une nouvelle attaque survient, et elle ouvre la série de crises nouvelles aussi, et d'une grande intensité.

C'est alors que la mère de l'enfant me parle de l'usage de la fleur de soufre, moyen dont je lui avais annoncé l'emploi, et qui lui avait été recommandé par une personne guérie elle-même de cette cruelle maladie. La médication est aussitôt commencée, il y a environ deux ans et demi.

Pendant un mois l'enfant, alors âgée de onze ans environ, prend chaque matin une dose de 50 centigrammes de soufre sublimé et lavé.

Puis elle cesse pendant quinze jours.

Elle reprend pendant un mois, de la même manière, et exactement à la même dose.

Elle cesse quinze jours.

Elle reprend un mois.

Elle cesse un mois.

Et depuis ce moment elle continue l'usage du soufre pendant un mois, pour cesser un mois, puis reprendre un mois, et ainsi de suite régulièrement.

Je dis régulièrement, bien que de temps en temps plusieurs circonstances aient fait interrompre l'usage du médicament. Ainsi, des indispositions de l'enfant ou des parents ; ainsi encore plusieurs voyages, pendant lesquels on s'est dispensé de se charger du remède.

Or, voici ce que j'ai constaté, et qui m'a paru vraiment remarquable, ce sur quoi j'appelle de la manière la plus particulière l'attention des praticiens.

On ne peut pas dire que, depuis le premier jour du traitement, il y ait eu vraiment un seul accès d'asthme. L'enfant n'a pas non plus la moindre oppression habituelle. Elle monte sans difficulté un escalier élevé, elle court, elle marche rapidement. Enfin, et c'est là un point capital, elle a été prise plusieurs fois de rhumes, et même de rhumes violents, sans que l'asthme se soit reproduit, sans oppression, sans sifflements, sans les râles spéciaux à l'asthme. Il est impossible de reconnaître l'enfant d'autrefois.

Voilà, si je ne me trompe, un fait singulièrement concluant. Résumons-le en quelques lignes : qu'y voyons-nous ?

Un asthme héréditaire, des crises rapprochées qui finissent par déterminer de l'emphysème pulmonaire; toutes les médications, y compris le séjour aux eaux minérales du Mont-Dor, parfaitement inefficaces, l'asthme persistant dans sa forme la plus complète et la plus incontestable. Le traitement par le soufre sublimé est commencé, et, depuis deux ans et demi, pas une seule crise ne se produit : l'emphysème disparaît avec la cause qui l'avait déterminé. L'enfant s'enrhume impunément, c'est-à-dire, sans que le rhume devienne l'occasion d'une nouvelle crise d'asthme.

Qu'on l'explique comme on voudra : c'est là, si je ne m'abuse, un fait singulièrement significatif.

L'observation suivante ne me semble pas moins concluante :

Obs. II. Mme X***, âgée de trente-huit ans, née d'un père asthmatique, a eu une enfance généralement bonne. Sa poitrine n'a jamais donné la moindre inquiétude. Elle s'enrhumait assez facilement, mais jamais les rhumes ne présentaient chez elle, ni une grande intensité, ni une grande ténacité. Elle n'a jamais été atteinte ni de pleurésies, ni de pneumonies, ni d'hémoptysies.

Pendant longtemps, elle a eu dans le cuir chevelu une éruption furfuracée, qu'à sa description je crois pouvoir rattacher à la pityriasis.

Il y a environ cinq ans, à l'occasion d'un rhume de cerveau, la malade me raconta qu'elle avait été prise d'une violente crise d'oppression. Le mal fit invasion au milieu de la nuit, que la malade acheva assise sur séant, et dans la complète impossibilité de se coucher sur les oreillers. La poitrine faisait entendre toute sorte de bruits musicaux, *un véritable jeu d'orgues*, me dit la malade. Le médecin,

appelé, constata et annonça qu'il s'agissait d'une violente crise d'asthme. Il prescrivit une potion, un bain de pieds fortement sinapisé, et fit fumer des cigarettes de datura stramonium.

Depuis ce moment, les crises se répétaient de temps en temps, duraient quelques jours; extrêmement rares pendant l'hiver, très-fréquentes pendant l'été. A l'époque des chaleurs, la malade passait rarement six semaines sans crise. Elle en avait une ou deux seulement pendant l'hiver. Du reste, dans l'intervalle des crises, la santé générale était parfaite, la respiration s'exécutait très-librement, à cela près d'un peu de gêne à l'occasion, soit des mouvements d'ascension, soit de marche un peu rapide.

A chaque nouvelle crise, on recommençait la même médication : potions variées, applications de farine de moutarde, cigarettes de datura stramonium. L'emploi de tous ces moyens amenait certainement un résultat, mais un résultat vraiment bien insuffisant.

Je fus consulté à cette époque.

C'était vers le milieu du mois de janvier 1859.

J'examinai la malade, et je constatai la parfaite intégrité de l'organe pulmonaire. Aucun bruit anormal, soit à l'auscultation, soit à la percussion, à cela près peut-être d'un peu d'emphysème, et je dis *peut-être;* car le symptôme sur lequel j'appuyais mon jugement lors d'une auscultation, n'était plus perceptible à l'auscultation suivante. Rien au cœur.

Je prescrivis :

Chaque mois, prendre pendant vingt jours, le matin, 60 centigrammes de fleur de soufre sublimé et lavé; continuer cette médication, même pendant les crises d'asthme, s'il en survient.

Et, dans ce cas, pendant la crise, prendre pendant trois jours consécutifs une dose vivement purgative de teinture de jalap composée, tout en continuant le soir l'usage de la fleur de soufre.

Or, voici ce qui se produisit :

Pendant l'hiver de 1859, pas de crise; pendant tout l'été de 1859, une seule petite crise très-insignifiante de trois jours, en juin, et une de deux nuits et un jour, plus insignifiante encore, en août. Ces deux crises tellement faibles, que la malade n'a pas gardé la chambre, qu'elle n'a pas appelé le médecin, et qu'enfin elle n'a pas cru nécessaire de recourir à la médication purgative que j'avais indiquée comme possible.

Depuis ce moment, hiver de 1859-1860, et été de 1860, aucune crise, pas une seule ne s'est manifestée. La malade a eu un rhume en septembre 1860, sans oppression, sans aucun des caractères de

l'asthme. Tout l'été, si pluvieux, de 1860, tout l'hiver jusqu'à présent si mauvais, se sont passé sans que la moindre crise ait reparu. L'usage du soufre a été continué avec la plus grande exactitude.

Il est vraiment impossible de ne pas être frappé du résultat qu'a produit ici la médication. Certainement je suis, autant et plus peut-être que tout autre praticien, disposé à faire à la nature une large part dans nos succès thérapeutiques. Mais ici l'effet du remède est trop directement appréciable pour pouvoir être nié.

Résumons donc en disant : le soufre sublimé et lavé, convenablement et longtemps administré, constitue un excellent moyen préventif de l'asthme.

Agirait-il de même quand la crise d'asthme est survenue ? je ne voudrais vraiment pas le dire. Je l'ignore ; mais je dois à l'obligeance de mon excellent confrère, M. Prévault de Loches, la connaissance d'un fait dans lequel un accès d'asthme a été, chez un homme déjà d'un certain âge, très-rapidement enrayé par ce précieux agent médicamenteux. C'est un point sur lequel mon attention est fixée. J'y regarderai de près, et pour peu qu'un certain nombre de praticiens s'en occupent aussi, la question sera bientôt jugée.

Il est pourtant des cas dans lesquels le soufre a complétement échoué, sans modifier utilement l'asthme, ou tout au moins sans diminuer la fréquence des accès. Je le prescrivais de la même manière, à la même dose, et je n'obtenais pas de résultat.

J'ai rapproché ces faits de ce qui se passe dans les affections dartreuses du système cutané. J'avais vu là, et bon nombre de fois, le mal résister à la médication ordinaire et nécessiter l'emploi d'autres moyens. Après y avoir réfléchi, je me suis dit : ces asthmes sont rebelles à la manière de ces affections dartreuses si tenaces. Je les attaquerai de même à la fois et par l'application d'un vésicatoire entretenu pendant longtemps, ou de tout autre exutoire cutané, et par l'usage intérieur des préparations arsenicales.

Pourquoi l'exutoire? Je sais bien que l'action de ce moyen à été contestée. Je n'ai point oublié la discussion de l'Académie à ce sujet. Mais il y a quelqu'un dont l'autorité est plus grande encore ; et ce quelqu'un, peu discoureur, mais très-pratique, c'est la presque universalité de nos confrères qui, dans les affections chroniques dartreuses des systèmes cutané ou muqueux, n'hésitent pas à appliquer en permanence un exutoire. Je l'ai donc fait et je m'en suis bien trouvé.

Quant aux préparations arsenicales, la liqueur de Fowler me semble mériter la préférence. Elle est facile à doser par gouttes; elle est connue dans toutes les pharmacies; enfin elle est, en tant que préparation arsenicale, d'un effet bien autrement certain que les pilules asiatiques. J'ai donc prescrit la liqueur de Fowler, et je l'ai fait de la manière suivante :

Pendant vingt jours, chaque mois, la malade fait usage de la liqueur, à la dose d'abord de 2 gouttes matin et soir, et en augmentant progressivement tous les deux jours, jusqu'à 6 gouttes, matin et soir. La tolérance s'établit en général assez bien et assez vite, sans qu'il soit besoin de la faciliter par l'addition de quelque autre moyen médicamenteux.

Après trois mois, au lieu d'interrompre seulement pendant dix jours, j'interromps pendant un mois, et même, dans le cours du traitement, si quelque symptôme pénible se produit, résultant de l'action topique de la préparation arsenicale sur l'estomac, je n'hésite pas à interrompre momentanément.

La médication ainsi faite ne présente vraiment aucun danger. Je le prévoyais bien, après avoir vu le professeur Trousseau conseiller impunément, et avec de grands avantages, aux asthmatiques, l'usage des fumigations arsénicales, et la plupart des dermatologistes les recommander dans les affections cutanées rebelles. Je n'avais point oublié l'excellente formule de Devergie.

Cette médication m'a donné des résultats inespérés dans deux cas que je n'oublierai jamais, et un résultat moins complet dans un autre cas où j'avais tout d'abord méconnu l'asthme, tant l'élément catarrhal de la maladie était prédominant. Je le recommande donc à l'attention des praticiens, et je le fais, très-fermement convaincu qu'il y a là un puissant moyen d'action contre les asthmes invétérés, rebelles à toutes les médications, qui font de temps en temps notre désespoir.

Est-ce à dire que l'asthme devient une maladie qu'on peut toujours guérir? A Dieu ne plaise que je veuille ni le penser, ni le dire. Aucune médication, dans aucune maladie, ne jouit du privilége de guérir toujours, aucune, quelle qu'elle soit. Ce que j'ai voulu seulement établir dans ce travail, ce sont les propositions suivantes :

1° L'asthme n'est qu'une manifestation, sur les voies respiratoires, de la diathèse herpétique;

2° Dans les cas habituels, ordinaires, l'usage de la fleur de soufre constitue une héroïque médication préventive;

3° Dans les cas plus graves, plus invétérés et rebelles à l'usage du soufre sublimé, les préparations arsenicales constituent une excellente médication prophylactique.

Que les praticiens observent, que de leur côté ils expérimentent, mais qu'ils le fassent dans des conditions d'asthme véritable, légitime, et non de dyspnée liée à une affection organique du cœur, des gros vaisseaux ou du poumon. Leurs recherches ne feront, je l'espère, que confirmer les considérations, soit de pathologie, soit de thérapeutique, que j'ai exposées dans ce mémoire.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des taches de la cornée par le galvanisme.

Par M. le docteur R. PHILIPEAUX (de Lyon).

On sait généralement combien il est difficile de faire disparaître les taches de la cornée transparente; qu'elles soient la conséquence de l'inflammation franche, d'une pustule variolique, ou d'une irritation diathésique, ces opacités tendent à se perpétuer et résistent souvent à tous les traitements mis en usage.

Aussi, les hommes de l'art comptent si peu sur les ressources thérapeutiques pour la guérison des cas de cette nature, que la plupart, après avoir essayé inutilement les insufflations de quelques poudres vantées, on ne sait trop pourquoi, finissent par abandonner les malades, ces lésions pathologiques étant considérées par eux comme des maux essentiellement incurables. Il est cependant un petit nombre de chirurgiens qui, ne pouvant s'attaquer à ces opacités, tournent la difficulté, et, après avoir constaté que ces taches gênent la vision par le voile opaque qui empêche les rayons lumineux d'aller frapper la rétine, conseillent l'opération de la pupille artificielle.

Mais cette opération difficile n'est pas toujours suivie d'un heureux résultat. Que l'on fasse usage, en effet, d'un des procédés opératoires recommandés dans nos livres classiques, dont le nombre ne s'élève pas à moins de soixante-seize, les malades ne retirent quelquefois que de bien faibles résultats de cette opération.

N'y aurait-il donc point de moyens qui, s'attaquant aux taches elles-mêmes, pussent, sinon les faire disparaître d'une manière

complète, du moins les rendre moins opaques et perméables aux rayons lumineux ?

Des essais nombreux ont été faits dans cet ordre d'idées. Depuis les vapeurs d'acide hydrocyanique, le vin d'opium, le calomélas, la solution de nitrate d'argent, jusqu'aux pommades au précipité rouge, il y aurait à parcourir un cadre de moyens thérapeutiques formé de substances innombrables, solubles ou insolubles, agissant comme stimulants, et qui ont été, vu leur inefficacité, presque aussitôt abandonnées que préconisées.

Sans aucun doute, si l'on a affaire à des nuages récents ou à des inflammations franches ou même diathésiques, il suffit quelquefois d'un traitement général uni à l'emploi d'antiphlogistiques locaux ou de quelques poudres ou collyres stimulants, pour les voir promptement disparaître.

Mais lorsqu'il s'agit d'albugos principalement formées par les épanchements d'albumine, ou de leucomas consécutifs à une phlyctène ou à un abcès de la cornée, lorsque la tache est le résultat d'une cicatrice ou d'une perte de substance par ulcération ou par un travail de granulation, ces méthodes alors sont insuffisantes; leur emploi continué longtemps ne peut même donner lieu à la moindre amélioration.

Je ne m'étends point ici longuement sur des procédés imaginés par Mead, Darwin, Dieffenbach, Bowman, Dickson, Rosas, Gultz, Malgaigne et autres; procédés destinés, suivant les uns, à couper la tache, et, suivant d'autres, à enlever les couches opaques de la cornée. Ces opérations sont le plus souvent impraticables, et elles n'ont réussi que lorsque, au dire de Mackensie, les opacités consistaient en de fausses taies formées par une croûte d'oxyde ou de carbonate de plomb déposés sur la surface d'un ulcère de la cornée, ou d'un dépôt terreux limité à la lame élastique antérieure. Il arrive, en effet, que lorsqu'on a fait usage d'un collyre à l'acétate de plomb, une croûte blanchâtre persiste après que l'ulcère est cicatrisé, et que l'habile chirurgien de Londres a parfois réussi à détacher avec la pointe aiguë d'un instrument.

Je n'ai fait que mentionner ces procédés défectueux, mais je dois, à plus forte raison, garder le silence sur ces méthodes qui consistent à remplacer la cornée opacifiée par une cornée transparente empruntée à un animal vivant. Ces transplantations, auxquelles se rattachent les noms de Reissinger, Winther, Dieffenbach, Mulck, Feldtmann, Desmarres, Plouviez (de Lille), Vultzer (de Bonn), ne reposent sur aucune donnée physiologique exacte. La transparence

de la cornée artificiellement greffée ne s'est jamais maintenue, et cette opération n'a jamais produit de résultats appréciables.

Du traitement des taches par le galvanisme. — On sait que les expériences de M. Dumas ont prouvé que le pôle cuivre ou négatif de la pile de Volta, mis en contact avec de l'albumine, avait pour propriété de la liquéfier, tandis que le pôle positif ou zinc la coagulait. Partant de ces recherches, un médecin de Saint-Pétersbourg, M. Pigoroff, avait songé à employer cette action liquéfiante de la pile sur l'albumine à la dissolution de la cataracte sur les chevaux. Mais, partant d'une idée fausse, ses essais ne furent suivis d'aucun bon résultat. Il ne pouvait en être autrement, car les dernières recherches chimiques et microscopiques de Schouaw, de Robin et de mon savant ami M. Verneuil, en donnant en quelque sorte raison aux idées de Delpech, ont démontré que le cristallin devenait opaque, non par suite de dépôts albumineux, mais bien par incrustation de matières calcaires, telles que le phosphate et le carbonate de chaux.

Ces idées de Dumas n'auraient peut-être pas encore reçu d'application pratique, si un médecin des Vosges, M. Turck, n'eût appelé sur elles l'attention des praticiens et n'eût pas employé l'électricité pour dissoudre les taches de la cornée. Dans un mémoire publié par le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XLII, p. 423), il a fait connaître un cas d'albugo, dans lequel il est parvenu à faire résoudre une grande partie des dépôts albumineux qui formaient la tache, en la touchant tous les jours, pendant une ou deux minutes, avec le pôle négatif ou cuivré d'un élément de la pile de Volta, l'autre pôle se trouvant en communication avec la langue du malade.

Cependant, l'idée première d'appliquer le galvanisme à la dissolution des taches de la cornée n'appartient point à M. Turck, puisque, bien avant lui, M. Isiglio, de Corfou, en 1844, avait obtenu, à l'aide de l'électricité, un plein succès dans trois cas de taches survenues à la suite de longues ophthalmies, et qui avaient résisté à tous les moyens employés en pareille circonstance. M. Wilbrand, d'Elsingorff, obtint aussi, en 1848, une grande amélioration, ou même une guérison complète, dans quatre cas d'opacité de la cornée, au moyen du galvanisme employé en courant continu avec l'appareil à auge de verre de Daniel. Mais si l'on voit, par les précédentes citations, que le médecin des Vosges vient en troisième ligne dans l'application du galvanisme aux taches de la cornée, il n'en demeure pas moins acquis à la science que c'est lui qui, le premier, a employé l'électricité avec le plus de discernement et qui,

sortant de l'empirisme, a cherché à utiliser et à mettre en pratique les idées théoriques du célèbre chimiste de l'Institut.

Depuis lors, en Italie, en Russie et en Belgique, ce nouveau traitement fut mis en usage, et les résultats presque nuls que l'on en obtint (et nous en dirons bientôt la cause) firent considérer cette nouvelle méthode thérapeutique comme une invention, sinon réelle, du moins peu digne de captiver l'attention des chirurgiens. Pour M. Quadri, de Naples, sur deux cas, il n'a pu obtenir qu'un succès, et encore la tache était-elle récente. M. Warlomont, en Belgique, l'a essayé plusieurs fois sans en obtenir la moindre amélioration « Nous croyons, dit-il, n'y avoir point mis assez de constance pour juger de sa valeur. »

M. Crussell, de Saint-Pétersbourg, renchérissant sur les résultats négatifs des auteurs que je viens de citer, a fait connaître un cas où l'emploi du galvanisme, loin de faire disparaître une tache de la cornée, avait produit, au contraire, une violente irritation, et, consécutivement, la fonte de l'œil.

D'où viennent donc les résultats si différents de l'application de la même méthode de traitement ? On doit en trouver la cause dans l'emploi des procédés, souvent très-défectueux, avec lesquels on a appliqué le galvanisme, et surtout dans l'application à des taches ou à des taies de la cornée, qui devaient naturellement, vu leur composition, opposer à l'emploi de l'électricité une résistance opiniâtre.

Les taches ou les opacités de la cornée se distinguent par des noms différents, suivant le degré d'intensité qu'elles présentent.

1° Le *nuage*, le degré le plus léger est constitué presque toujours par un épanchement séreux à la superficie ou dans les couches de la cornée. Les taches, ainsi formées, sont, en général, étendues et mal définies, et rendent la cornée nuageuse et trouble. Conséquence fréquente de l'ophthalmie puro-muqueuse, ces nébulosités ont pour cause principale la cornéite scrofuleuse.

2° L'*albugo* ne diffère du nuage qu'en ce que la lymphe épanchée forme une tache opaque, généralement circulaire ou ovale, plus dense ordinairement au centre qu'à la circonférence. Une phycténule de la cornée, qui a guéri sans se rompre, leur donne le plus ordinairement naissance. Le pus que contiennent les abcès situés dans les lames de la cornée disparaît sans s'ouvrir issue au dehors ; la couche de lymphe plastique qui l'entoure persiste pendant un certain temps et donne lieu à une tache plus ou moins permanente.

3° Le *leucoma* ou troisième degré est toujours le résultat d'une cicatrice. Une perte de substance de la cornée par ulcération et un travail de granulation précèdent toujours la formation de cette espèce d'opacité.

Ces trois sortes de taches ont toutes une tendance à disparaître, aussitôt que la maladie qui leur a donné naissance n'existe plus ; mais souvent les ophthalmies franches ou diathésiques cèdent, sans pour cela que les éléments albumineux et fibrineux qui constituent les taies se résolvent ; il faut alors recourir aux ressources que nous offre la thérapeutique, ou bien ces lésions, en se perpétuant, constituent des opacités qui troublent indéfiniment la vision.

I. *Application de l'électricité à la cure des nuages.* — L'électricité appliquée à la cure des nuages peut les faire disparaître, si les épanchements séreux et albumineux siégent à la surface ou dans les couches les plus superficielles de la cornée. En touchant, en effet, avec le pôle négatif ou cuivre de la pile, c'est-à-dire celui qui a la propriété de dissoudre l'albumine, ces opacités nébuleuses, on peut les voir disparaître, comme le témoignent les faits suivants.

Obs. I. *Nébulosité de la cornée, suite d'une ophthalmie scrofuleuse. — Application de l'électricité. — Guérison.* — Une jeune fille de Terrenoire, âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, vint me consulter, au mois de janvier 1860. Elle était atteinte, depuis environ huit mois, d'une ophthalmie scrofuleuse des deux yeux, qui avait donné naissance à des nébulosités, situées au centre des deux cornées, et qui empêchaient la vision des objets placés à une distance d'un mètre. La nébulosité de l'œil gauche était beaucoup plus étendue que celle du côté droit ; elle occupait le centre de la cornée. De forme ovalaire, son milieu était assez opaque pour empêcher la malade de lire les plus gros caractères d'un livre ordinaire. Celle du côté droit, beaucoup plus diffuse, était moins trouble, plus transparente ; aussi, de ce côté, la lecture pouvait-elle s'accomplir avec assez de facilité, quand la malade appliquait le livre presque sous les yeux. La conjonctive, primitivement injectée, ne laissait, à cette époque, apercevoir çà et là que quelques vaisseaux variqueux, et il existait une ophthalmie tarsienne assez prononcée.

Elle fut admise dans la maison de santé de Mme Joyeux, et je résolus de traiter ces nébulosités par le galvanisme. Je touchai successivement ces taches, en suivant un procédé indiqué plus bas, avec le pôle négatif d'un élément de la pile de Volta, l'autre pôle étant placé sur la langue. Ces attouchements avec un fil métallique galvanisé produisaient immédiatement une abondante sécrétion de larmes et une injection momentanée des vaisseaux de la conjonctive. Mais ces phénomènes disparaissaient presque aussitôt que je cessais l'emploi du galvanisme. Ces applications de l'électricité, que j'exécutais tous

les matins, furent poursuivies pendant quinze jours. Les taches ou nébulosités diminuèrent de plus en plus; la vision devint plus facile, et, après ce laps de temps, je pus constater ce qui suit :

La tache du côté droit avait entièrement disparu. De ce côté, la lecture d'un livre du plus fin caractère, s'accomplissait avec la plus grande facilité, à la distance ordinaire. La tache du côté droit était à peine perceptible; il n'existait qu'un point nuageux au centre de la cornée, qui permettait à la vision de s'accomplir, à ce point que la malade pouvait lire distinctement les gros caractères d'un livre placé à environ 60 centimètres de distance. Il est inutile d'ajouter que la vision des objets très-éloignés était perçue avec une grande facilité.

Avant de commencer ce traitement, la malade avait employé sans succès la plupart des médications usitées en pareille occurrence, telles que, indépendamment des traitements généraux, les collyres astringents et laudanisés, et les insufflations de calomel, de sucre candi.

L'ophthalmie tarsienne ne céda point à ce traitement. Je me proposais d'enlever les cils et de badigeonner, pour la guérir, le bord libre des paupières avec la pierre infernale; mais la malade, satisfaite du résultat déjà obtenu, quitta Lyon pour retourner dans son pays.

Si le nuage est dû à un épanchement fibro-albumineux, siégeant à la surface de la membrane interne, ou déposé entre celle-ci et la substance propre, ou bien encore dans les lames profondes de la cornée, l'électricité, en activant l'absorption, peut bien provoquer une petite amélioration; mais, le plus souvent, elle donne lieu à des résultats négatifs.

J'ai eu occasion de vérifier deux fois la justesse de cette proposition chez deux malades que j'ai traités dans les salles de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de feu Amédée Bonnet.

Chez une fille de dix-sept ans, atteinte de nébulosités profondes de l'œil droit et étant la conséquence d'une kératite scrofuleuse, j'ai appliqué le galvanisme pendant près d'une vingtaine de jours, sans notable amélioration. La vue, dès les premières séances, a paru devenir plus étendue; la tache a semblé moins terne, mais cette amélioration était plus apparente que réelle, puisque, à la fin du traitement, elle a été si minime, qu'il est presque inutile de la mentionner. Chez l'autre malade, jeune homme de vingt-huit ans, la nébulosité siégeait aux deux yeux, et couvrait en grande partie la moitié inférieure de la cornée transparente. Ces taches étaient verdâtres. Le malade ne pouvait voir les objets que placés en rapport avec le limbe supérieur de la cornée. Vingt séances de galvanisme

produisirent une petite diminution dans l'opacité nébuleuse des taies; le malade put percevoir assez distinctement une clef placée au-dessous de ses yeux; mais là se borna l'amélioration.

II. *Application de l'électricité à la cure des albugos.* — Peut-on espérer d'obtenir la disparition complète des albugos à l'aide des procédés que nous venons de mentionner? A ce second degré, les taches se trouvent constituées non-seulement par des épanchements de principes albumineux, mais par des produits fibrineux; la guérison radicale devient difficile, sinon impossible. Si la tache est superficielle et peu étendue en profondeur, le galvanisme, appliqué comme il a été dit plus haut, peut activer la liquéfaction, et, par suite, l'absorption de l'albumine, et diminuer d'autant la barrière qui s'oppose à l'introduction des rayons lumineux dans l'intérieur de l'œil. On ne guérit point alors ces albugos, puisque les produits fibrineux ne peuvent être dissous; mais du moins on rend les taies beaucoup plus transparentes; on leur enlève leur teinte grisâtre, on les rend plus nacrées, et, par suite, plus perméables aux rayons lumineux; la vue devient beaucoup plus claire, et les malades peuvent, dans certains cas, distinguer facilement, après quelques séances, des objets qu'ils ne pouvaient apercevoir auparavant; leur vision obtient même parfois une étendue telle, qu'ils peuvent apercevoir des objets situés à une grande distance.

Obs. II. (empruntée à M. Turck). Une fille de trente ans, d'un tempérament lymphatique-nerveux, eut, il y a dix ans, une double kératite qui laissa à sa suite une albugo sur chaque cornée. L'albugo de l'œil gauche, d'une couleur nacrée et d'un demi-centimètre environ de diamètre, quoique au centre de la cornée, permettait à la malade la vision latérale, à l'aide de laquelle elle accomplissait péniblement son travail habituel. L'albugo de l'œil droit, d'un blanc sale, recouvrait largement la cornée, sur laquelle il faisait une légère saillie. Il interceptait le passage de tous les rayons lumineux, et ne laissait distinguer le jour de la nuit que par une teinte jaunâtre. Cette fille avait consulté un grand nombre de médecins qui tous l'avaient considérée comme incurable. Elle alla aux eaux de Plombières pour s'y faire traiter des suites d'une fracture du bras, et y consulta M. le docteur Turck, qui se décida à répéter sur elle le procédé qui lui avait si bien réussi sur le cheval.

M. Turck prit une pile carrée d'environ six centimètres de côté, et plaça le conducteur zinc ou positif dans la bouche, tandis qu'avec le conducteur cuivre ou négatif recourbé en anneau, il touchait la cornée malade.

Quand l'expérience durait plus de trois minutes et demie à quatre minutes, la malade avait des vertiges, des nausées, des battements artériels violents dans la tête. Des lotions froides et l'électricité ap-

pliquées aux jambes, comme dérivatif, à l'aide de la machine des frères Breton, ou de larges ventouses sèches, triomphaient de ces accidents.

Pendant quarante jours, on fit trente-quatre applications galvaniques sur l'œil droit et quatre sur l'œil gauche. (Le traitement a été suspendu pendant six jours à cause des règles.) Voici le résultat qui a été obtenu : l'albugo de l'œil droit est réduite au cinquième environ de son étendue, et elle n'existe plus que dans les couches profondes de la cornée, où des tissus isolants la mettent à l'abri de l'influence électrique. Au lieu de sa couleur d'un blanc sale, elle a une couleur nacrée, et enfin l'œil qui depuis dix ans ne voyait plus, peut lire facilement et sans lunettes. L'albugo de l'œil gauche est un peu diminuée de largeur et d'épaisseur ; mais sa situation dans les couches profondes de la cornée le rendait peu accessible à l'influence électrique. Il est possible, ajoute M. Turck, que sous l'influence du traitement qui a été suivi chez cette femme, le mieux obtenu aille en grandissant. On peut partager sa confiance ; mais ce dont nous devons le louer surtout, c'est d'avoir su s'arrêter à temps dans cette expérience, et de s'être contenté d'une amélioration sensible, par la crainte qu'en poussant l'épreuve plus loin, les chances n'eussent tourné plus défavorablement. Il faut ajouter enfin que d'après ce fait, comme d'après l'expérience que M. Turck a faite sur le cheval, il n'y a lieu d'espérer du succès de cette pratique que dans les cas où l'albugo est superficielle et n'intéresse que la lame externe de la cornée. Si l'observation de M. Turck nous montre une des plus heureuses applications de l'électricité à la cure des albugos, celles qui vont suivre et qui nous sont personnelles contribueront, nous l'espérons, à revendiquer pour le galvanisme une large part dans le traitement de ces opacités.

Obs. III. Une demoiselle de Virieu-le-Grand me fut adressée, en 1857, par M. Bonnet. Cette jeune fille, âgée de douze ans, avait eu, un an et demi avant, la variole. Des pustules développées sur la cornée transparente des deux yeux avaient produit des opacités qui empêchaient la vision de s'accomplir, au point que la malade ne pouvait y voir d'une manière nette, puisqu'il fallait le secours d'un bras pour la conduire, lorsqu'elle fut amenée dans mon cabinet.

Au centre de chaque cornée, il existait un leucoma formé par une opacité de couleur blanche nacrée, assez étendue pour envahir tout le champ pupillaire, et se terminant par une nébulosité qui couvrait tout le limbe inférieur de la cornée transparente. L'emploi de la belladone permettait de reconnaître supérieurement que l'iris et la pupille conservaient leur activité normale. En effet, lorsqu'on en faisait usage, les pupilles, fortement dilatées, permettaient de jouir d'un peu de vision, surtout à gauche, où l'opacité était moins considérable qu'à droite.

Ces opacités laiteuses semblaient siéger superficiellement et s'élever un peu au-dessus du niveau des parties avoisinantes ; à leur centre, leur teinte était d'un vert sale, et leur circonférence entourée

d'un petit cercle de vaisseaux sanguins assez dilatés. M. Bonnet avait déjà fait l'excision d'une partie de ces vaisseaux variqueux; mais les taches n'avaient reçu aucune amélioration de cette manœuvre opératoire.

Comme on avait jusqu'alors employé sans succès les diverses méthodes de traitement mises en usage en pareille occurrence, M. Bonnet m'adressa la malade pour la soumettre à l'action du galvanisme. Les premières séances, qui ne durèrent jamais plus de deux minutes, produisirent des douleurs de tête assez vives, une irritation de la conjonctive et un larmoiement abondant; mais ces symptômes, combattus, matin et soir, par un pédiluve sinapisé, cessèrent complétement à la dixième séance. La malade, alors, s'accoutuma peu à peu à ces attouchements d'un fil métallique galvanisé, si bien qu'à la fin elle pouvait impunément en supporter le contact pendant une minute et demie.

Les premières applications du galvanisme ne produisirent aucun résultat sensible; mais, à partir de la dixième séance, les taches devinrent moins blanches à leur circonférence, et à la douzième, la malade pouvait marcher sans le secours d'un bras et se conduire par sa vision seule. A la quinzième, elle pouvait, du côté gauche, distinguer le volume et la couleur d'une montre qui lui était présentée. L'amélioration continua progressivement, mais lentement; au bout de la trentième séance, les taches avaient perdu la teinte verdâtre qui se trouvait à leur centre, et cette jeune fille pouvait déjà reconnaître des deux yeux les pièces de monnaie qui lui étaient présentées.

Ce résultat me fit persévérer dans l'application de cette nouvelle méthode de traitement pendant encore un mois. Cette jeune malade, qui pouvait traverser toute seule les rues de Lyon pour venir à mon cabinet, finit, à la cinquantième application du galvanisme, par reconnaître les gros caractères d'un livre et lire les affiches et les enseignes des magasins devant lesquels elle passait. Les taches n'étaient plus alors si saillantes; à la teinte blanche laiteuse et sale avait succédé une teinte blanche nacrée à peu près uniforme. Ne pouvant plus espérer aucune amélioration du galvanisme, je renvoyai cette petite fille dans son pays, satisfaite d'un résultat aussi précieux qu'inattendu. Depuis lors j'ai eu occasion de me rendre à Virieu-le-Grand, où j'avais été appelé par le docteur Civot pour lui donner mon avis sur une maladie oculaire, et j'ai pu constater avec lui que l'amélioration s'était maintenue, et que cette jeune demoiselle pouvait se livrer aux travaux des champs et aux soins intérieurs d'une maison, sans aucun secours étranger.

Dans le fait que je viens de citer, il s'agissait d'une jeune fille qui, atteinte de taches sur les yeux, avait recouvré, grâce au galvanisme, assez de vue pour pouvoir se conduire et se livrer aux travaux des champs et à ceux de l'intérieur de la maison; celui qui va suivre montrera au plus haut degré l'utilité de l'électricité, puisque, à la suite de l'action de ce moyen, une jeune demoiselle, at-

teinte d'albugo qui ne permettait pas la lecture, a pu lire sans fatigue pendant deux heures un ouvrage du plus fin caractère.

Obs. IV. Mlle R***, âgée de dix-neuf ans, demeurant à Tarare, portait, sur la paupière de l'œil droit, une cicatrice qui avait amené un ectropion très-prononcé. Cette cicatrice résultait d'une brûlure qui avait en même temps détruit l'œil gauche.

Pour remédier à cet ectropion, cause incessante d'ophthalmie, une opération avait été pratiquée, dont le résultat malheureux produisit une inflammation violente de la conjonctive, et finalement une albugo très-prononcée.

Cette opacité, blanc laiteux, sale à son centre, couvrait tellement le champ pupillaire que la vision ne pouvait presque plus s'opérer; cette jeune fille voyait à peine pour se conduire, la lecture était impossible, et la vue d'une personne à 3 ou 4 mètres de distance ne pouvait lui être perceptible.

Comme il n'existait point d'inflammation au pourtour de cette albugo, et que toute trace d'irritation de la conjonctive avait disparu, je résolus de soumettre la malade à l'action du galvanisme. A son entrée dans la maison de santé de la place de la Charité, en décembre 1859, j'appliquai l'électricité suivant le procédé qui sera bientôt décrit. Les séances, de deux minutes chacune, eurent lieu tous les matins; il y en eut seize. Les premières produisirent quelques douleurs céphaliques, un larmoiement et une irritation momentanés de la conjonctive; ces symptômes se calmèrent peu à peu, et, dès la huitième séance, je pus constater que la circonférence de l'albugo était devenue beaucoup plus blanche, nacrée, et plus transparente qu'avant l'application du galvanisme. Aussi la malade commença-t-elle à distinguer les gros caractères d'un livre; content de ce résultat, je poursuivis ces applications; mais, à la quinzième, des douleurs de tête assez violentes s'étant manifestées, elles me forcèrent à suspendre ce traitement. La vue alors était devenue plus claire. l'albugo moins sale à son centre.

Ce traitement fut repris dans le courant du mois de juillet. La résolution de l'albugo était restée stationnaire, l'électricité appliquée pendant un mois produisit des résultats fort satisfaisants, puisque l'opacité devint presque totalement transparente à sa partie inférieure, et que la lecture d'un ouvrage en caractères fins pouvait s'accomplir pendant deux heures consécutives, sans la moindre fatigue de la part de la malade.

M. Alexandre Quadri, de Naples, ayant eu l'occasion d'appliquer deux fois le galvanisme à la cure des albugos, est arrivé au résultat suivant : « J'en ai fait, dit-il (d'après une citation empruntée à l'ouvrage de Mackensie, t. II, p. 159), le premier essai sur un jeune homme de vingt-deux ans qui, à la suite d'une grave ophthalmo-blennorrhée, présentait une albugo au centre de chaque cornée. Il n'y avait pas de cicatrice, à proprement parler, car la surface de

la cornée était lisse et polie comme à l'état normal. Ce n'étaient pas des nuages, puisque la couleur en était blanc de lait et ne tirait nullement sur le jaune; c'étaient enfin deux véritables albugos. Je n'avais pas osé soumettre le malade aux dangers d'une opération de pupille artificielle, parce qu'il pouvait encore distinguer les gros objets, et voyait à se conduire, et aussi parce que j'espérais diminuer l'épaisseur des opacités au moyen des collyres. Mes efforts n'ayant eu aucun succès, j'eus recours à la pile. J'appliquai le pôle cuivre à la bouche, et le pôle zinc sur la taie, pendant quatre à cinq minutes. L'œil s'irrita très-peu, et le malade accusa une sensation plutôt agréable que pénible; il sentait comme si une surface lisse et veloutée glissait sur son œil lorsque je promenais le bouton du rhéophore zinc sur la tache. Immédiatement après, en sortant de chez moi, il put voir l'heure à une horloge dans la rue. Le jour suivant l'amélioration fut encore plus notable, et le troisième jour le patient pouvait même lire les chiffres et distinguer les petits objets, de sorte qu'il put reprendre son ancien état de domestique et abandonner tout traitement. Les taies avaient sensiblement diminué. Après quelques mois, pourtant, le malade revint, il avait perdu graduellement une partie de l'amélioration obtenue : il se soumit de nouveau à l'application de l'électricité, qui fut encore suivie d'une amélioration ; puis il retourna à son état et je ne le revis plus.

« La seconde expérience eut lieu sur un jeune homme de vingt ans qui, à la suite d'une ophthalmie scrofuleuse grave et opiniâtre, avait conservé, au centre de la cornée gauche, une albugo tout à fait semblable aux précédentes. J'avais aussi fait en vain usage de différents collyres, tels que le laudanum, la poudre de calomel, les sulfates de cuivre, de zinc, d'alun, de cadmium, le proto-iodure de mercure, etc.; après cinq ou six applications de la pile, l'œil s'améliora tellement, que le malade se déclara satisfait, et partit pour son pays, presque entièrement guéri. » *(La fin au prochain numéro.)*

De l'emploi de la poudre de coaltar et du coaltar saponiné dans le traitement de certaines formes de maladies de la peau.

Par M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il est un fait d'observation à l'abri de toute dénégation, et sur lequel je crois avoir le premier appelé l'attention, c'est cette circonstance qu'en présence d'une maladie sécrétante de la peau le médecin se posera toujours cette question, sans pouvoir la résoudre autre-

ment que par un essai : à savoir, si la peau se trouvera mieux des agens pulvérulents ou des corps gras? Il ne s'agit pas ici de l'agent médicamenteux, mais de l'excipient.

J'ai fait entrevoir, dans mon *Traité sur les maladies de la peau*, les difficultés que l'on éprouve à obtenir des mélanges de poudres inertes, telles que l'amidon ou la poudre de riz, avec l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, le blanc de plomb, et j'ai montré la presque impossibilité d'obtenir une poudre résolutive à un degré approprié à l'état d'acuïté de la maladie. Les corps gras, au contraire, se prêtent à tous les mélanges ; ils enveloppent la substance médicamenteuse, ils en masquent l'énergie, tandis que dans les poudres l'agent actif est à nu et en contact direct avec la peau.

C'est donc agrandir la médication de ce genre que d'y ajouter une poudre excipiente et une poudre composée médicamenteuse de plus. C'est à ce double titre que nous allons faire connaître les résultats que nous avons obtenus avec le coaltar pulvérulent. Nous dirons aussi quelques mots du coaltar saponiné.

On sait tous les excès dans lesquels on est tombé par rapport aux propriétés de la poudre de coaltar. D'abord c'était le désinfectant par excellence ; mais bientôt il fallut en rabattre et revenir à une opinion que nous avons émise à l'Académie, lors de la discussion qui s'y est ouverte, à savoir que, dans cette désinfection, le plâtre entrait pour une certaine part, en absorbant et en solidifiant la matière putrescible. Puis il a bien fallu admettre que le goudron qui s'y trouve associé agissait comme un modificateur de la vitalité des plaies. Néanmoins la poudre de coaltar est restée comme un agent utile à la chirurgie.

Plus tard on a prétendu lui donner une forme liquide, et l'on a fait le coaltar saponiné, ce qui n'est presque plus le coaltar. En effet, la poudre de coaltar proprement dite est composée de 3 pour 100 de coaltar ou goudron de houille, et de 97 de plâtre. C'est en mélangeant peu à peu le goudron au plâtre, par trituration dans un mortier, que l'on finit par obtenir une poudre homogène grise, odorante, impalpable. Le coaltar associé à une petite quantité de plâtre constitue d'abord une masse solidifiée, que l'on pile et que l'on additionne peu à peu du reste du plâtre.

Quant au coaltar saponiné, ce n'est plus que du coaltar dissous dans de l'alcool à l'aide de savon ou de saponine; et, dans certaines compositions, la proportion d'alcool est très-considérable. Aussi se sert-on de ce liquide, à la condition qu'il sera mêlé à une très-grande quantité d'eau : 2 à 3 cuillerées d'alcool saponiné par litre;

et, dans ce composé, la proportion de coaltar est excessivement faible.

J'avais besoin de rappeler ces données pour que l'on pût tenir compte des résultats que j'ai obtenus.

Je dois dire tout d'abord qu'en présence des merveilles que produisait le coaltar, j'ai cru devoir rechercher s'il était de quelque utilité dans le traitement des maladies de la peau; puis, dans les essais que j'ai faits, j'ai dû tenir compte du goudron et du plâtre. Aussi ai-je employé isolément la poudre de coaltar et le plâtre.

Cependant je n'ai pas tardé à m'apercevoir que le coaltar préparé d'après la formule ordinaire était trop irritant dans beaucoup de cas, et l'expérience m'a conduit à me servir d'une poudre de coaltar préparée à raison de 1 1/2 pour 100, et même 1 pour 100 de coaltar ou goudron de houille, au lieu de 3 pour 100.

Le premier cas dans lequel je m'en suis servi, et celui qui m'a inspiré mes essais était celui d'un monsieur, de constitution assez molle, qui avait un eczéma impétigineux sur presque toute la surface du corps. C'était une récidive de l'année précédente. Cette maladie l'avait retenu au lit pendant plusieurs mois, l'hiver dernier.

Cette année, en présence d'une récidive assez intense et d'un arrêt forcé dans ses occupations, ainsi que de la lenteur dans les progrès en mieux de la maladie, le chagrin s'était emparé du malade, un état cachectique s'était dessiné, et bientôt l'eczéma impétigineux avait reflété cet état général par une sécrétion plus abondante, un peu sanieuse et fétide, d'où étaient venues des croûtes épaisses d'un gris jaunâtre, qui se rapprochaient de l'impétigo scabida ou du rupia.

Voulant détruire cette odeur qui allait placer le malade dans une atmosphère fétide, car l'affection était généralisée, je conçus la pensée de faire saupoudrer légèrement, matin et soir, avec de la poudre de coaltar, toutes les surfaces malades. En deux jours, toute odeur avait disparu, mais il s'était produit un phénomène qui prouve le rôle que joue le plâtre dans cette préparation. Toutes les croûtes, de mollasses qu'elles étaient, avaient pris une consistance considérable, et, plus tard, un véritable état corné. Elles formaient des saillies plus ou moins fortes à la surface de la peau; elles s'en étaient en partie détachées, de manière à laisser entre elles des espaces où la peau n'en était pas recouverte. Mais, en examinant ces espaces, je vis que la peau y était singulièrement améliorée, qu'elle ne sécrétait plus.

J'avais donc obtenu trois effets : la désinfection, la diminution de la sécrétion morbide, et la solidification des croûtes. Bientôt

celles-ci devinrent tellement dures, qu'elles formèrent des corps étrangers très-pénibles à supporter pour le malade, qui ne pouvait appliquer de bandes, ni se déplacer dans son lit, sans que ses jambes reposassent sur des espèces de corps pierreux qui comprimaient douloureusement la peau.

C'est alors que par de larges applications de saindoux sous des cataplasmes, durant quelques heures seulement de la journée, et par la section répétée de fragments de suppuration durcie, je parvins à débarrasser la surface malade.

Je continuai la poudre sur la peau, que j'amenai à ne plus sécréter que quelques lamelles épidermiques.

C'est dans le cours de ces applications que je ne tardai pas à vérifier la trop grande proportion de goudron qui faisait partie de la poudre, par l'irritation secondaire qu'elle produisait à la peau. Je dus diminuer cette proportion de moitié.

A partir de ce moment, j'ai employé la poudre de coaltar sur une assez grande échelle dans le rupia, l'ecthyma cachecticum, le zôna, le pemphigus, l'ecthyma, l'herpès, la gale pustuleuse, l'impétigo et l'eczéma décroissant.

Voici les effets et les résultats que j'en ai obtenus.

Dans la généralité de ces cas, il en est résulté une amélioration très-notable (et il est bien entendu qu'il ne s'agit que de ces conditions organiques de la peau qui supportent mieux les poudres que les pommades) ; c'est-à-dire que, dans un espace de temps assez court, la sécrétion diminuait, l'inflammation se calmait; la peau tendait à reprendre son état normal, en même temps que les sensations plus ou moins désagréables ou douloureuses pour les malades s'atténuaient. Mais, chez quelques-uns d'entre eux, il en résultait une excitation qui obligeait à revenir à la poudre de riz ou à l'amidon.

Enfin, je dois ajouter, comme une chose très-essentielle, qu'à l'aide de ce moyen je n'ai pu obtenir la guérison complète. Le plus souvent, la peau continuait à donner une très-légère sécrétion d'épiderme. La majeure partie de la surface était très-notablement améliorée, mais la guérison complète n'était pas obtenue. Je parle surtout des affections eczémateuses, qui sont toujours pour le médecin la forme morbide dont la guérison s'obtient plus difficilement. Néanmoins, c'est un agent de plus, et certainement c'est un agent utile.

J'ai voulu savoir quel rôle jouait le plâtre dans ces améliorations marquées; je me suis procuré du plâtre très-fin, c'est-à-dire du plâtre à modeler, de manière à pouvoir l'assimiler aux poudres que

nous employons ordinairement, celles d'amidon et de riz. Je n'ai pas tardé à voir que le plâtre à modeler agissait mieux que la poudre de riz et d'amidon, mais qu'il agissait moins que la poudre de coaltar. C'est que le goudron qui provient des végétaux, comme l'huile de cade par exemple, ou le coaltar, goudron de houille, constituent un médicament précieux dans le traitement des maladies de la peau. Or, dans la poudre de coaltar préparée comme je l'indique, c'est-à-dire avec 1 1/2 pour 100 de coaltar au lieu de 3, cette substance se trouve singulièrement atténuée et appropriée à l'état de surfaces malades qui peuvent, dans ces conditions, en recevoir une influence heureuse. La forme même de cette préparation et son association au plâtre contribuent puissamment à ce résultat.

Dans les intertrigos cette poudre est plus active que nos mélanges d'amidon et de tan, ou d'amidon et de poudre de vieux bois.

Il en est de même dans les acnés de la figure ; mais ici la poudre de coaltar a pour certains malades un inconvénient : elle est grise et elle imprime à la physionomie un aspect désagréable, quoiqu'on se borne à l'appliquer à l'instar de la poudre de riz. Aussi je m'occupe en ce moment de la question de savoir si la créosote, comme représentant du goudron végétal, ou l'acide phénique, comme représentant du goudron minéral, ne pourraient pas remplacer le coaltar dans la poudre. Ils auraient l'avantage de n'imprimer aucune coloration, ce qui est quelque chose dans la pratique civile.

Quoi qu'il en soit, la poudre de coaltar ne doit jamais être employée qu'en très-faible proportion ; il en faut saupoudrer les surfaces malades de manière à ce que la poudre employée soit à peine apparente, et ne pas mettre, comme on le fait trop souvent, une couche épaisse de poudre.

Quant au coaltar saponiné, il ne m'a pas donné de résultats satisfaisants très-prononcés ; la proportion énorme d'alcool qu'il renferme irrite les surfaces malades dans un espace de temps très-court.

J'en ai fait des pommades en l'associant avec de l'axonge dans la proportion d'un quart, pour combattre le psoriasis, et il m'a semblé qu'il agissait, alors surtout, à la manière des pommades alcalines. C'est un moyen à tenter dans les formes de psoriasis chronique et rebelle ; mais je ne pense pas que l'on puisse compter beaucoup sur son efficacité.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur l'emploi du chloroforme à l'intérieur.

Par M. Bonnet, pharmacien interne à la maison municipale de santé.

Dans les cas, assez fréquents, où l'opium et les solanées ne suffisent plus pour procurer du sommeil aux malades et calmer leurs quintes de toux, bien on se trouve souvent de l'usage du chloroforme à l'intérieur. Mais, comme ce liquide est, pour ainsi dire, insoluble dans les véhicules ordinaires et que sa densité est très-différente de celle de l'eau (1,48), il doit arriver, pour une potion chloroformée ordinaire, que la presque totalité du chloroforme se précipite et s'amasse en gouttelettes au fond de la fiole. On est ainsi exposé à l'un ou l'autre de ces inconvénients : si le malade néglige les dernières cuillerées, il perd le bienfait du médicament ; s'il les avale et que la dose du chloroforme ait été portée à quelques grammes, il en absorbe à la fois la totalité. Et cet inconvénient n'est qu'en faible partie corrigé par le soin qu'on recommande d'agiter à chaque fois le flacon.

Pour remédier à un aussi grave défaut, M. Vigla m'a prié de rechercher un moyen, à la fois simple et inoffensif, d'administrer le chloroforme à l'intérieur, c'est-à-dire produisant une solution ou du moins une suspension complète. Après divers essais à l'aide de la gomme adragante ou arabique, qui ne m'ont donné que des résultats peu satisfaisants, sous le rapport de l'aspect et du peu de durée de la suspension, l'idée m'est venue d'employer comme intermède la glycérine, dont les propriétés dissolvantes à l'égard des oxydes métalliques, de quelques métalloïdes et métaux, sont généralement connues. Je savais aussi que ce corps remarquable jouit de la singulière propriété de dissoudre la plupart des matières solubles, soit dans l'eau, soit dans l'alcool et l'éther. Enfin, il me revenait en même temps que des essais précis faits sur ce principe neutre, qui, dans son état de pureté, n'a qu'un léger goût sucré, en avaient constaté l'innocuité dans des traitements intérieurs. MM. Cap et Garot, puis M. Demarquay, dans deux travaux distingués, ont attiré l'attention sur ses propriétés chimiques et médicales ; mais son action sur le chloroforme et le parti que la thérapeutique pourrait en tirer n'avaient encore, il me semble, frappé personne. Cette action est complète et n'altère en rien la valeur du médicament. Qu'on verse parties égales de chloroforme et de glycérine dans un mortier, qu'on agite doucement le mélange jusqu'à ce

qu'on n'aperçoive plus de gouttelettes de chloroforme, qu'on ajoute à ce moment l'adjuvant prescrit, on obtiendra une potion très-limpide, ne trahissant plus à l'œil la moindre quantité libre du principe médicamenteux.

J'ai pu de la sorte dissoudre dans 100 grammes d'eau distillée plus de la moitié de son poids de chloroforme, dont nulle portion ne s'est séparée après plusieurs semaines de séjour. En forçant un peu la dose de la glycérine relativement à celle du chloroforme, on produit plus rapidement et plus complétement le phénomène.

On comprend l'utilité, pour les praticiens, de pouvoir ainsi doser exactement un médicament si utile, qui est facilement toléré par les estomacs les plus délicats, à des doses assez considérables.

Une remarque essentielle à faire, c'est que le principe doux des huiles doit être de la plus grande pureté, c'est-à-dire soigneusement expurgé des matières organiques, des acides gras volatils, d'un peu d'acide sulfurique et de quelques sels dont il n'est que trop souvent souillé dans le commerce. Sous ce rapport, la glycérine qu'on trouve dans les hôpitaux civils de Paris, de même que celle qui porte le nom de glycérine anglaise, peut servir de modèle; M. Leconte a analysé la première à plusieurs reprises et l'a reconnue neutre, ce qui est la première condition de sa bonne préparation.

Ce que je viens de dire de la glycérine par rapport au chloroforme peut s'appliquer sans différence aux potions éthérées et avec la même efficacité.

L'alcool, appliqué comme intermède du chloroforme, ne m'a fourni que de très-mauvais résultats.

En outre de ses avantages pour administrer le chloroforme à l'intérieur, il est facile de voir que l'intermédiaire de la glycérine sera d'un emploi utile pour appliquer le chloroforme en compresses ou en fomentations. Il suffira de forcer *ad libitum* la dose du médicament, en suivant les instructions précitées, pour obtenir l'effet désiré, qui sera ainsi plus durable, par la résistance qu'opposera la viscosité de la glycérine à la volatilisation du chloroforme. On évitera aussi en même temps, en grande partie, la rubéfaction violente et si douloureuse produite par le liquide chloroformique appliqué à nu sur l'épiderme.

Enfin, quoique le chloroforme soit soluble en toutes proportions dans les huiles médicinales, cette solution l'emportera encore sur les liniments huileux au chloroforme par sa propriété de préserver de toutes taches les vêtements et le lit du malade.

Glycérolé au chloroforme pour l'usage interne.

Les remarques de M. Bonnet sont fort justes, et la glycérine l'emporte de beaucoup sur les diverses substances proposées pour faciliter la dissolution du chloroforme dans les potions et les liniments. Toutefois cette application du principe doux des huiles n'est pas aussi nouvelle que cet auteur le pense; depuis longtemps on fait usage dans la pratique de mélanges de ces deux agents médicamenteux. Seulement, comme pendant longtemps la glycérine livrée par le commerce de la droguerie était impure, les glycérolés au chloroforme ne pouvaient être mis en usage que dans les médications externes. Nous rappellerons, comme une des plus heureuses applications de ce topique, son emploi dans les hypéresthésies cutanées, spécialement lorsqu'elles sont localisées à la vulve.

Depuis que nos bonnes pharmacies sont pourvues de produits purs et surtout de glycérine anglaise, nous faisons usage du glycérolé au chloroforme pour l'usage interne, mais nous avons adopté d'autres proportions que celles de M. Bonnet. Dans les cas d'insomnie, de toux, et surtout lorsque celle-ci provoque des vomissements, comme chez les phthisiques, ce qu'il faut aux malades c'est une préparation qui se conserve, afin qu'ils puissent s'en servir quand le besoin s'en fait sentir. En second lieu, la dose du chloroforme étant, dans ces circonstances, de 10 à 12 gouttes, si le glycérolé était composé de parties égales des deux substances, les 10 à 12 gouttes de glycérine ne suffiraient pas pour assurer le mélange du chloroforme. Afin de faciliter la posologie et la solution de ce dernier agent, nous avons adopté la formule suivante :

Glycérine....................	30 grammes.
Chloroforme..................	2 grammes.

Mêlez avec soin dans un mortier et placez dans un flacon bouché à l'émeri.

A prendre par cuillerée à café dans un verre d'eau, ou une infusion froide de fleurs béchiques.

Les 2 grammes de chloroforme contenant 60 gouttes environ de cet agent, c'est donc 2 gouttes par gramme. Or, la cuillerée à café de glycérine pesant 6 grammes, la dose du chloroforme est de 12 gouttes : quantité conseillée dans les cas que nous rappelions plus haut.

Avec cette formule le malade peut préparer lui-même sa potion et la répéter autant de fois que le médecin le juge convenable. Ce glycérolé constitue, pour ainsi dire, une préparation officinale.

DEBOUT.

Formule pour la préparation du sirop de bourgeons de sapin.

Par M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux civils de Bordeaux.

Depuis quelques années le sirop de bourgeons de sapin paraît jouir d'une certaine faveur, et les praticiens le prescrivent souvent.

Les formules publiées jusqu'à présent ne m'ayant pas paru fournir une préparation bien rationnelle, je l'ai modifiée de la manière suivante :

Je commence par distiller les bourgeons de sapin, après les avoir convenablement divisés, et leur ayant fait subir une macération de plusieurs heures, j'ajoute dans l'eau de la cucurbite, avant de distiller, 125 grammes de sucre incristallisable par kilogramme de bourgeons; j'obtiens 3 kilogrammes d'une eau très-aromatique, de laquelle je sépare une notable quantité d'huile essentielle ; cette eau est mise à part. D'un autre côté, je prépare un extrait par l'évaporation du liquide resté dans la cucurbite ; ces deux éléments obtenus, je procède à la préparation du sirop, de la manière suivante :

Extrait de bourgeons de sapin................	100 grammes.
Eau distillée aromatique.....................	1000 grammes.

L'extrait est dissous dans la liqueur aromatique; on ajoute 2,000 grammes, dont on active la dissolution à l'aide d'une chaleur douce, et l'on filtre au papier.

Le sirop obtenu par ce procédé renferme tous les principes volatils et extractifs solubles des bourgeons de sapin ; son odeur aromatique et balsamique prouve surabondamment qu'il constitue un médicament véritablement sérieux et sur l'action duquel on peut compter.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Diète respiratoire. — Modification de l'oxygène de l'air par les émanations du goudron.

On se rappelle que M. Sales-Girons a annoncé un fait chimique, sur lequel même il fonde sa théorie nouvelle de la diète de respiration, et contre lequel M. le professeur Guibourt crut devoir s'inscrire devant l'Académie. Mieux éclairé par de nouvelles expériences, l'éminent professeur vient de reconnaître qu'il avait été trompé par la mauvaise qualité du goudron dont il s'était servi, et il regarde comme un devoir de rectifier devant l'Académie sa première opinion. Voici sa lettre :

« Monsieur le président,

« Dans la séance du 2 janvier dernier, l'honorable M. Bouillaud

a fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sales-Girons, relatif à l'emploi thérapeutique de l'air modifié par la vapeur du goudron (diète respiratoire). Dans la séance suivante, j'ai exposé le résultat d'une expérience contraire à l'admission du fait énoncé dans ce Mémoire, savoir : que l'émanation odorante du goudron avait la propriété de modifier l'action de l'air sur le phosphore. Depuis cette époque, deux réclamations favorables au fait annoncé par M. Sales-Girons ont été adressées à l'Académie : l'une par M. Jeannel, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Bordeaux ; l'autre par M. Deschamps d'Avalon, pharmacien à la maison d'aliénés de Saint-Maurice. Ces deux notes m'ayant été remises pour en faire l'examen, j'avais l'intention, aussitôt que d'autres occupations me l'auraient permis, de prier l'Académie de m'adjoindre deux autres de ses membres ; mais cette adjonction est devenue superflue, par suite d'une réclamation faite dans le même sens, par M. Adrian, à la Société de pharmacie. Là, j'ai demandé que MM. Adrian et Deschamps voulussent bien se réunir à moi pour répéter leurs expériences.

« Les résultats se trouvant favorables à M. Sales-Girons, je ne dois pas tarder à en instruire l'Académie. Le fait le plus simple et le plus frappant expérimenté par M. Deschamps, consiste à mettre au fond d'un bocal à moyenne ouverture une couche de goudron ; on ferme le vase avec un bouchon de liége, et quand on juge que l'air intérieur est saturé de l'odeur, on ouvre le bocal et on y descend lentement un morceau de phosphore suspendu au bout d'un fil. La vapeur nébuleuse qui se produit dans l'air autour du phosphore et la lumière qu'il émet dans l'obscurité cessent complétement à une certaine profondeur du bocal et avant qu'il soit très-rapproché du goudron. La production de ce fait n'exige pas que le bocal soit fermé par le haut.

« L'expérience de M. Adrian consiste à mettre dans un flacon à deux tubulures, fermé et muni de deux tubes, une certaine quantité de goudron. Quand on juge que l'air est saturé, on introduit de l'eau par l'un des tubes et l'on conduit par l'autre l'air goudronné dans une cloche où l'on introduit ensuite un bâton de phosphore. Une première fois l'expérience n'a pas réussi, sans doute à cause de la saturation incomplète de l'air ; mais elle a réussi deux autres fois. Alors le phosphore n'a émis aucune lumière dans l'obscurité et n'a causé aucune diminution dans le volume de l'air. Le contraire avait lieu avec de l'air non goudronné.

« Il me reste à expliquer comment j'étais arrivé à un résultat

opposé. Le 8 janvier, n'ayant pas d'autre goudron sous la main, j'ai opéré avec celui qui existe depuis longtemps dans le droguier de l'Ecole de pharmacie. Cette dernière fois, pensant que l'ancienneté du produit avait pu nuire au résultat de l'expérience, je m'étais pourvu d'un goudron récent dont l'effet a été conforme à ceux qui viennent d'être exposés. Une cloche étant posée sur une assiette, avec un papier enduit de goudron à l'intérieur, un morceau de phosphore introduit sous la cloche n'y a produit aucune vapeur nébuleuse et est resté complétement invisible dans l'obscurité.

« J'adresse à l'Académie les deux goudrons qui m'ont servi : l'ancien est d'un brun si foncé qu'il en paraît noir; il est assez consistant pour ne pas couler immédiatement quand on renverse le vase qui le contient; son odeur est toujours forte, mais dépourvue d'âcreté. Le goudron récent est brun, opaque, très-coulant, d'une odeur beaucoup plus forte et qui irrite les narines. Il est certain qu'il doit fournir à l'air beaucoup plus de principes volatils que le premier.

« En résumé, en opérant avec du goudron végétal récent, on ne peut contester le fait annoncé par M. Sales-Girons; l'émanation odorante du goudron modifie, en l'atténuant, l'action de l'air sur le phosphore. » G. Guibourt.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation d'un abcès de la région lombaire simulant un abcès par congestion, et traité avec succès par la ponction et la médication iodée. — Le fait suivant que M. le docteur O. de Langenhagen vient de lire à la Société de médecine, nous paraît digne d'être placé sous les yeux de nos lecteurs :

Obs. Félix Miraude, ouvrier serrurier, âgé de dix-huit ans, d'une complexion faible, d'un tempérament lympathique, est entré le 25 juillet 1860 à la maison des Diaconesses.

Voici ce que mes informations m'apprirent sur les antécédents de ce sujet : ses parents jouissent d'une assez bonne santé; lui-même n'avait jamais été malade. Dans les premiers jours du mois de juin dernier, il vit ses forces décliner, et ressentit une vague douleur depuis les premières vertèbres dorsales jusqu'à la hanche droite, douleur qui s'irradiait vers l'abdomen. Le 24 juin, il quitta son travail et prit le lit; les douleurs du dos avaient augmenté d'intensité; de la fièvre s'était déclarée, et l'appétit avait complétement disparu. Un médecin mandé pour lui donner ses soins le traita, me dit-on, pour une inflammation d'entrailles. Cependant le malade souffrait

toujours, et un dépérissement notable commençait à se manifester ; c'est alors qu'il demanda à entrer dans mon service.

A son entrée, je constatai l'état suivant : face pâle et anxieuse, corps amaigri, peau sèche et brûlante, pouls petit et fréquent, variant entre 130 et 140 pulsations.

Du côté des voies respiratoires, sonorité diminuée sous la clavicule gauche ; souffle bronchique au sommet du poumon ; petite toux sèche, mais peu fréquente.

Du côté du tube digestif : langue sale, dégoût des aliments et selles purulentes. Le malade se plaignait d'une douleur vive dans la région lombaire droite. En procédant à l'examen de cette partie, je constatai un gonflement considérable, très-douloureux au toucher et limité en haut par les dernières côtes, à gauche par les apophyses épineuses des vertèbres dorsales et des premières lombaires, et en bas par la crête iliaque. Une fluctuation profonde se faisait sentir, mais la peau avait conservé sa couleur normale. Tel est l'état dans lequel je reçus ce malade. Nul doute pour moi que je n'eusse affaire à un vaste abcès qui déjà s'était fait jour dans l'intestin par le cœcum, et qui avait donné lieu aux selles purulentes, mais dont l'ouverture était insuffisante pour donner issue au pus contenu dans la tumeur.

Le traitement que je suivis tout d'abord fut très-simple. Mon attention se porta naturellement sur la tumeur lombaire, cause évidente des troubles généraux. Cependant je devais attendre une fluctuation plus manifeste, plus superficielle, une tension plus considérable de la peau avec un changement de coloration et une proéminence plus saillante, afin de pouvoir agir plus efficacement. Je me bornai donc aux emplâtres avec de l'onguent de la mère et aux cataplasmes, alternativement appliqués sur la tumeur, aux tisanes rafraîchissantes et à quelques légers purgatifs à l'intérieur, tant pour éliminer les matières purulentes qui s'écoulaient dans l'intestin que pour combattre la fièvre. C'est ainsi que je suivis le malade pendant huit jours, sans qu'il y eût grand changement dans son état. Au bout de ce temps, la tumeur devint cependant plus saillante, la fluctuation plus superficielle ; la peau prit une teinte plus rosée. Je tentai alors l'application de la pâte caustique de Vienne au centre de la tumeur. Malgré une cautérisation profonde, je n'atteignis pas le foyer purulent. J'attendis cinq à six jours encore ; mais aucun écoulement de pus ne se montra. C'est alors que, voyant les forces du malade constamment décliner, je résolus de recourir à la ponction, que je pratiquai le 5 août, avec un trocart droit ordinaire, et immédiatement au-dessous de l'escarre. Un litre de pus grumeleux et verdâtre, d'une odeur infecte, s'écoula par la plaie. Je pris les précautions ordinaires en pareil cas pour empêcher l'introduction de l'air. Après plusieurs lavages avec de l'eau tiède, je fis une injection iodée avec une partie égale de teinture et d'eau, additionnée d'une quantité suffisante d'iodure de potassium ; mais cette solution ne put être maintenue dans la plaie, en raison des violentes douleurs qu'elle avait occasionnées au malade. Je me contentai d'introduire une mèche que je pus enfoncer à une profondeur de 15 centimètres

dans la plaie. A partir de ce jour, les selles purulentes cessèrent. Le lendemain et les jours suivants, je répétai les mêmes injections et les mêmes pansements; je prescrivis le pain iodé à la dose de 200 grammes, et le vin iodé à la dose de 60 grammes par jour. Dans la première quinzaine, l'écoulement du pus était toujours fort abondant, mais l'odeur nauséabonde avait disparu; la fièvre tombait sensiblement; l'appétit parut revenir, et, chose remarquable, la toux elle-même cessa vers le quinzième jour avec les signes stéthoscopiques indiqués plus haut.

La quantité de pus diminua ensuite de jour en jour, et, au commencement du mois de septembre, la petite plaie ne laissait plus suinter qu'une légère sérosité. Je cessai alors les injections iodées qui avaient déjà été réduites, bien entendu, en raison de la diminution de l'excavation. Je fis continuer au malade l'alimentation iodée; l'appétit était devenu excellent, les selles régulières, et les forces augmentaient sensiblement.

Le 10 septembre, notre malade resta levé pendant la journée entière, sans éprouver ni fatigue, ni trace de douleur, et cet état de santé ne s'est pas démenti depuis. Je l'ai revu il y a quelque temps, gai et dispos; il prend de l'embonpoint, et dit qu'il n'a jamais joui d'une santé aussi parfaite.

Quatre points m'ont paru dignes de remarque dans cette observation, et chacun les aura saisis :

1° Les débuts de la maladie présentant des symptômes graves et assez caractéristiques pour faire craindre un mal vertébral de Pott;

2° L'ouverture de cet abcès dans le cœcum, mais insuffisante pour vider complétement la cavité; des faits de ce genre ont déjà été signalés, il est vrai, mais on les rencontre plus fréquemment quand le siége de l'abcès est dans le foie ou dans la fosse iliaque;

3° Les signes stéthoscopiques que présentait le poumon gauche, qui venaient compliquer la situation déjà bien fâcheuse du malade, et qui ont disparu en si peu de temps sous l'influence de la médication iodée;

4° Enfin les fortes doses d'iode introduites dans l'économie pendant un mois, tant par les injections que par les voies ordinaires, et sans occasionner le moindre accident; bien au contraire, c'est sous l'influence de cet énergique traitement que cessa la fièvre, qui durait depuis cinq semaines.

La guérison rapide me semble, dans ce cas, devoir être uniquement attribuée à la méthode établie par notre savant confrère M. le docteur Boinet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amaurose *guérie par l'emploi de l'électricité d'induction.* L'électricité statique, l'électricité voltaïque, l'électricité d'induction ont fourni tour à tour des exemples de guérison de la paralysie de la rétine; malgré les cas assez nombreux enregistrés dans les annales de la science, on n'a pas encore déterminé celle des sources d'électricité à laquelle on doit recourir de préférence, ni le meilleur procédé à mettre en œuvre. Il importe donc de recueillir les faits qui peuvent concourir à éclaircir ce point intéressant de thérapeutique. En voici un qui pourra avoir sous ce rapport sa valeur.

Une jeune fille de dix-sept ans, souffrant de fréquentes céphalées, fut atteinte d'amblyopie de l'œil droit, avec conservation des mouvements de l'iris. Un an après, l'œil devint complétement amaurotique, l'iris conservant ses mouvements. M. Lesueur, son médecin, après avoir essayé à deux reprises, sans résultat, la médication ferrugineuse indiquée par l'état chlorotique de la malade, tenta, en désespoir de cause, l'électrisation à l'aide d'un appareil d'induction de Legendre et Morin. La jeune fille assise sur un siége, on appliqua sur les paupières fermées de l'œil malade l'éponge du réophore, communiquant avec le bouton nº 1 de l'appareil. L'éponge du second réophore, communiquant avec le bouton nº 2, est promenée alternativement, pendant quatre minutes, sur le pourtour de l'orbite, sur la nuque et sur les parties latérales de la tête. Cette opération fut renouvelée chaque jour, en augmentant chaque fois la durée d'une minute. Lors de la cinquième séance, la malade aperçut, dit-elle, quelque chose de blanc; à partir de ce moment, chaque électrisation fut de dix minutes. A partir de la sixième séance, la malade put distinguer les traverses de la fenêtre. Enfin l'amélioration marcha progressivement, et elle était telle après la dix-huitième séance que la jeune fille pouvait lire les caractères d'imprimerie de 3 millimètres de hauteur. (*Journ. des Connaiss. méd.*, mars 1861.)

Belladone (*Propriété anti-laiteuse de la*). Si, dans la grande majorité des cas, il suffit de ne pas mettre en jeu ou de discontinuer l'excitation physiologique pour que la sécrétion lactée s'arrête d'elle-même, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi : souvent le praticien rencontre de grandes difficultés à supprimer la fonction devenue sans objet, et l'on sait quels sont les accidents qui peuvent en résulter. Quoique nous ayons déjà plusieurs fois rapporté des faits qui témoignent de l'efficacité de la belladone dans les cas de ce genre, il ne nous paraît pas qu'il soit inutile d'en citer de nouveaux. C'est pourquoi nous mentionnons le suivant d'une manière succincte. Chez une dame américaine, la sécrétion du lait se prolongeant depuis trois ans, malgré des moyens de toute sorte employés avec persévérance pour en amener la cessation, le docteur Fountain fit pratiquer des frictions sur toute la surface des seins avec un liniment composé d'extrait de belladone et de glycérine par parties égales, et recouvrir ensuite les parties avec un morceau de taffetas huilé. En moins d'une semaine, cette sécrétion si ancienne fut complétement arrêtée et elle ne se reproduisit pas ensuite. — Entre nos mains, ajoute le rédacteur du journal auquel nous empruntons cette note, la belladone a si souvent et si promptement produit un effet semblable, et ainsi fait tomber l'inflammation mammaire et prévenu les abcès, que nous regardons ce médicament, quand on y a recours à temps et d'une manière convenable, comme un véritable spécifique dans ces sortes de cas, absolument comme le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente. — N'y a-t-il pas dans de tels résultats, si positivement affirmés, une incitation suffisante à essayer ce moyen, qui paraît d'ailleurs être au moins exempt de tout inconvénient ? (*Amer. med. monthly*, septembre 1860, et *Edimb. med. Journ.*, janvier 1861.)

Colique de plomb. *Traitement par l'emploi de la glace à l'extérieur.* Un moyen qui est loin d'être nouveau en soi, mais qui l'est du moins dans les conditions spéciales de son emploi, l'application topique de la glace, vient d'être récemment essayé avec succès et préconisé dans le traitement de la colique de plomb. Voici en quels

termes M. le docteur Constantin Paul a exposé les résultats qu'il a obtenus ou vu obtenir par l'emploi de ce moyen dans le service de M. le docteur Hérard, à l'hôpital de Lariboisière.

Obs. I. Un homme de cinquante-quatre ans, occupé à l'embarrillage du rouge, à la fabrique de céruse de Clichy, commença, après vingt-quatre jours de ce travail, à éprouver de l'inappétence, des envies de vomir, suivies de douleurs de ventre intenses, qui l'obligèrent à quitter son atelier. Entré le 8 septembre à Lariboisière, il accuse des coliques assez intenses, plus une douleur en cercle au-dessous de la ceinture, et de la constipation. Le ventre est rétracté. On lui donne une potion chloroformée et une goutte d'huile de croton tiglium. Le lendemain 9 et le 10, la constipation n'ayant pas cessé, on prescrit successivement 30 grammes d'huile de ricin, un lavement purgatif; le 11, on administre une douche ascendante, qui fait rendre quelques matières durcies. — Le 5 octobre, la constipation étant revenue et les douleurs persistant, à un moindre degré, il est vrai, M. Constantin Paul fit appliquer sur la région ombilicale, pendant deux heures, une vessie remplie de glace. Le malade éprouva presque immédiatement un soulagement, et il alla abondamment à la selle le lendemain matin, sans purgatif. Il a eu une selle chaque jour depuis, sans avoir eu recours à aucune autre médication. Les douleurs ont disparu complètement avec la constipation.

Obs. II. Le deuxième malade est un homme âgé de quarante-trois ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de douze ans, et qui a déjà eu deux fois la colique de plomb. Il est resté la première fois vingt-quatre jours à l'hôpital, et la seconde fois trente-deux jours. Repris d'une troisième colique, le 15 novembre, il entra, le 17, à l'hôpital Lariboisière, avec tous les signes de la cachexie saturnine : douleurs occupant la région ombilicale; un peu de douleur le long du rachis, et, la nuit, dans les membres; vomissements bilieux abondants, etc. Le 18 au matin, application de glace sur le ventre pendant deux heures, et limonade citrique. Le soir, les vomissements, ainsi que les douleurs, ont diminué d'une manière notable. Le 19, même application; le soulagement continue et les vomissements cessent tout à fait. Le 20, troisième application. Le malade va à la selle dans la nuit; les vomissements n'ont pas reparu et les douleurs sont insignifiantes. A dater de ce jour, on cesse tout traitement, et le malade va à la selle tous les jours. Le malade quitte l'hôpital le 28.

Obs. III. Jeune homme de vingt-deux ans, occupé depuis deux mois à broyer du blanc de céruse, ayant contracté depuis cinq jours de la constipation, qui a résisté à l'eau de Sedlitz; il a des coliques modérées sans fièvre. Une seule application de glace a suffi pour ramener les selles et calmer les douleurs.

Obs. IV. Un peintre en bâtiments, exerçant cette profession depuis quinze ans, a eu, dans ce laps de temps, sept ou huit fois la colique de plomb; il est pris, le 22 septembre, de douleur dans le ventre, avec constipation. Le 24, il entre dans le service de M. Hérard. On lui donne d'abord de l'huile de croton; puis, pendant un mois, on le soumet à l'usage des bains sulfureux, de lavements purgatifs, et on lui fait plusieurs applications d'électricité. Le 20 octobre, son état est amélioré, les forces reviennent; mais il éprouve toujours de la difficulté à aller à la selle. On lui fait alors, sur l'invitation de M. Paul, une application de glace sur le ventre, pendant deux heures. Le lendemain, il a deux selles abondantes. Le même traitement est continué les deux ou trois jours suivants. Le 30, il sort de l'hôpital en bon état.

Obs. V. Un journalier, âgé de soixante-deux ans, employé aux meules, à Clichy, entre, le 24 septembre, dans le même service, avec des coliques violentes et une constipation opiniâtre. Du 24 septembre au 16 octobre, il a pris plusieurs fois de l'huile de croton, des lavements purgatifs, 14 ou 15 bains sulfureux, le tout sans grande amélioration. A ce moment, les coliques persistaient encore, ainsi que l'insomnie et la constipation; il n'était pas allé à la selle depuis cinq ou six jours; point de fièvre, d'ailleurs. On lui fit ce jour-là une application de glace pendant quatre heures; il n'y eut pas un grand soulagement immédiat; mais le soir, à minuit, il alla une première fois à la selle, et, une seconde fois, le lendemain matin à cinq heures. Le lendemain, 17 octobre, il était très-soulagé. Ce soulagement se continua jusqu'au 30. Ce jour-là, il fut repris de constipation et de douleurs abdominales avec dysurie. Une application de glace de deux heures ramena les selles et le soulagement des douleurs. Le 14 novembre, après

plusieurs applications successives de glace, il se trouvait assez bien pour qu'on pût l'évacuer sur l'asile des convalescents de Vincennes.

Obs. VI. Enfin, chez un ouvrier de Clichy, entré à Lariboisière, le 5 décembre, avec tous les signes de la colique : constipation depuis trois jours, douleurs violentes, vomissements et un peu de fièvre. On commence par faire deux applications de glace sans provoquer de selles. Une dose d'huile de croton amène une évacuation abondante ; mais, les jours suivants, la constipation reparaît, ainsi que les douleurs, avec la même violence. Il y avait quatre ou cinq jours que la constipation durait, lorsqu'on revint aux applications de glace. Cette fois, les selles naturelles reprirent leur cours régulier, sans l'interrompre, et le malade sortit guéri de l'hôpital dans les premiers jours de janvier.

Il est bien entendu que nous ne donnons pas ces faits comme des cas de guérison absolue et radicale par la glace, et que nous considérons ce moyen comme un remède désormais applicable, à l'exclusion de tous les autres ; mais il est évident qu'il constitue un moyen de soulagement précieux et un adjuvant extrêmement utile des autres moyens de traitement. (*Gaz. des hôpit.*, mars 1861.)

Huile de foie de morue ozonisée ; *son emploi médical chez les phthisiques*). Nous avons fait connaître à nos lecteurs, en 1859 (t. LVII, p. 285), les résultats des expériences de M. le docteur Théoph. Thompson, relativement à l'action des huiles ozonisées sur le pouls. Nos lecteurs se rappellent que ces huiles, administrées à des phthisiques, avaient presque constamment amené chez ces malades une notable diminution dans la fréquence du pouls, et que c'était bien à l'ozone que paraissait devoir être attribuée cette influence, puisque les mêmes huiles, non ozonisées, n'avaient pas produit les mêmes modifications.

Le docteur E. Symer Thompson, fils du précédent observateur, a repris les recherches faites par son père, et il est arrivé à des résultats identiques. La dose ordinaire a été de 2 drachmes (environ 8 grammes) deux fois par jour. A une dose moitié moindre, l'effet a été à peu près nul. L'influence de l'huile ozonisée s'est toujours montrée proportionnée à la quantité administrée, les effets de doses d'une demi-once répétées deux ou trois fois par jour étant plus prononcés que ceux de quantités moindres.

Sur 20 cas dans lesquels l'huile de foie de morue ozonisée a été donnée à King's college hospital, dans 11 la fréquence du pouls a été diminuée de plus de 20 pulsations par minute ; dans 4, de plus de 10 ; dans 1, il n'y a pas eu d'effet ; et dans 1, il y a eu accélération permanente du pouls, circonstance exceptionnelle, qui trouvait son explication dans des conditions particulières. D'autres expériences instituées au moyen de l'eau ozonisée, en donnant des effets semblables, paraissent propres à témoigner que c'est bien à l'ozone que doit être attribuée l'influence notée sur le nombre des pulsations cardiaques.

Maintenant, étant admis que l'huile de foie de morue simple possède une véritable valeur dans le traitement de la phthisie pulmonaire, la même huile ozonisée devra-t-elle à cette dernière condition un surcroît d'efficacité pour contribuer à la cure de cette terrible maladie, en raison de l'action modératrice qu'elle paraît exercer sur la circulation ? Peut-être est-il permis de l'espérer, mais c'est ce que l'expérience seule pourra démontrer. (*British med. Journ.*, mars 1861.)

Paralysie générale (*Influence heureuse des suppurations abondantes sur la marche de la*). Un homme de trente-quatre ans entre à l'asile de Blois, le 23 novembre 1856, avec tous les symptômes d'une paralysie générale commençante : face rouge, animée, conjonctives injectées, muscles de la face sujets à des contractions fibrillaires, embarras de la langue, tremblement des membres supérieurs affaiblis, analgésie complète de toute la surface cutanée, sensibilité spéciale émoussée, délire ambitieux, agitation continuelle.

Le 3 décembre on constate à la partie interne et supérieure des deux bras deux larges plaies superficielles produites dans les mouvements violents que fait le malade. Sauf un peu moins d'agitation, son état est le même.

Le 4. Le malade a reposé quelques heures la nuit, le délire semble un peu plus limité, on obtient quelques réponses justes. Le bras droit présente un empâtement considérable, dont on trouve la cause dans la mortification commençante des téguments qui recouvrent l'olécrâne. Les deux plaies des bras fournissent une suppuration abondante.

Le 6. Même état. Le malade, transporté à l'infirmerie, a été calme et a dormi une partie de la nuit.

Le 8. Travail d'élimination de l'escarre du coude. Le délire persiste, mais les contractions vermiculaires des muscles de la face et de la langue sont bien moins apparentes. Les signes de congestion active du côté de la tête ont disparu.

Le 12. L'engorgement du bras droit a cédé; les plaies des bras sont en voie de cicatrisation. L'escarre du coude, détachée, laisse à nu une surface suppurante. Retour momentané de l'agitation.

Le 13. Apparition sur le coude gauche d'une escarre en tout semblable à celle du côté droit; l'accès d'agitation de la veille s'est rapidement calmé; nuit bonne.

Du 14 au 26 décembre, le malade est à peu près dans le même état, avec quelques alternatives d'agitation et de calme. Enfin, le 28, en interrogeant le malade, M. Lafitte, médecin de l'asile, est fort surpris de ne plus trouver la plus légère trace de délire ambitieux; sa physionomie a perdu cette expression caractéristique de contentement, et aux questions qu'on lui adresse il répond en montrant qu'il a parfaitement la conscience de son humble position. Il lui semble qu'il sort d'un rêve. Les contractions fibrillaires des muscles de la face ont aussi complétement disparu. Les sentiments affectifs se réveillent. Les autres troubles musculaires persistent encore.

Le 10 janvier 1857. L'état mental est très-satisfaisant, la raison est parfaite. La santé générale se rétablit rapidement, la faiblesse des membres supérieurs seule persiste. La cicatrisation des plaies du coude est complète. L'état du malade va toujours s'améliorant pendant les mois suivants. Enfin, au moment de la sortie de l'asile le 13 juillet 1857, il ne restait, des différentes manifestations morbides que cet homme avait présentées, qu'un très-léger embarras dans la prononciation qui paraît avoir toujours existé chez lui.

Cette observation présente un exemple curieux de l'influence d'une affection traumatique intercurrente sur la paralysie générale. Reste à savoir jusqu'à quel point la thérapeutique ne pourrait pas puiser des indications utiles dans cet exemple de guérison spontanée. Nous soumettons ce fait à la méditation de nos confrères. (*Arch. cliniq. des mal. ment.*, janvier 1861.)

Paraplégie chlorotique (*Observation de*). Que la chlorose, comme l'anémie, dont aux yeux de certains auteurs, elle ne serait qu'une variété, puisse entraîner après elle, non-seulement la paralysie de la sensibilité dans une étendue plus ou moins considérable, ce qui n'est pas rare, mais aussi celle de la motilité, ce qui est beaucoup moins commun, cela n'est douteux, croyons-nous, pour personne, et des exemples ont été publiés qui présentent toute garantie d'authenticité et de certitude. Parmi ces paralysies du mouvement volontaire, c'est surtout la paraplégie qu'on a observée, paraplégie, dit M. le professeur Grisolle, qui n'offre évidemment rien d'organique, puisqu'on la voit se dissiper avec les autres symptômes dépendant de l'appauvrissement du sang. La possibilité d'un tel accident ne doit donc jamais être perdue de vue par le praticien, et lorsqu'il vient à se rencontrer chez un sujet chlorotique, sans qu'aucun autre élément morbide puisse en donner l'explication, il y a lieu de le rapporter à la dyscrasie du liquide sanguin et d'instituer le traitement en conséquence, c'est-à-dire uniquement celui de cette dyscrasie. Ainsi a fait avec succès M. le docteur Van Biervliet dans un cas qu'il a rencontré, et dans lequel le diagnostic ne paraît pas douteux, malgré l'omission regrettable des signes regardés comme pathognomoniques de l'affection chlorotique. Voici le fait.

Dans le courant de l'hiver 1859-1860, M. Van Biervliet fut consulté pour une jeune personne âgée de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, mais assez fortement constituée, qui, après avoir présenté depuis quelque temps de la dysménorrhée et une diminution de l'écoulement menstruel, avait commencé à sentir ses membres pelviens s'affaiblir et en était arrivée, deux mois après, au point que la station debout et la marche étaient tout à fait impossibles. Elle se plaignait de manquer d'appétit; de gaie et active, elle était devenue triste et nonchalante. Rien d'anormal dans la région rachidienne, ni déviation, ni douleur; état sain des viscères splanchniques; rien d'appréciable vers l'utérus; excrétion alvine et urinaire sans difficulté; jamais aucun symptôme d'hystérie (convulsion), jamais de rhumatisme, de fièvre intermittente. Les

membres inférieurs, qui avaient conservé leur embonpoint, offraient un peu d'infiltration péri-malléolaire; ils étaient le siége de douleurs erratiques, suivant la direction des principaux troncs nerveux pelviens ; la sensibilité y était intacte, mais tout mouvement volontaire aboli. « Un examen attentif, dit notre confrère belge, me fit reconnaître une chlorose commençante, mais qui n'avait pas encore imprimé à la face ce caractère spécial qui la décèle à première vue ; malgré le peu de temps qui s'était écoulé depuis l'invasion du mal, je n'hésitai pas à diagnostiquer une paraplégie chlorotique et j'instituai un traitement en conséquence. » Ce traitement, qui consista en bains tièdes pour calmer les douleurs, régime analeptique, exposition à l'air libre quand la température le permettait, et usage des ferrugineux, fut suivi d'un plein et très-rapide succès. Au bout de quinze jours, la malade pouvait faire quelques pas, étant soutenue des deux côtés; deux mois après, l'inappétence, la mélancolie avaient disparu, la menstruation était redevenue normale, la station et la marche s'effectuaient comme avant le début de la maladie ; en un mot, la guérison était complète. (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, février et mars 1861.)

Rectum (*Décollement profond du) opéré et guéri par la méthode de pincement.* Dans une communication faite à la Société de chirurgie, M. Trélat a signalé à ses collègues un accident qui complique quelquefois la fistule à l'anus, le décollement plus ou moins étendu du rectum, accident qui semblerait, à en juger par le silence des auteurs, avoir échappé jusqu'ici à l'attention des chirurgiens. Voici le fait qui a motivé cette communication.

Un homme de quarante-trois ans avait été atteint, il y a quelques années, d'un abcès de la marge de l'anus. Cet abcès ne s'était pas complétement fermé, et il restait une petite fistule qui de temps à autre, et sous l'influence de la fatigue, incommodait le malade. Consulté au mois de mai 1854, M. Trélat constata la présence d'une fistule très-superficielle, située sur la fesse droite, dans la direction de la tubérosité sciatique, ayant son orifice externe très-petit, à 3 centimètres de la muqueuse anale, et l'orifice interne à 1 centimètre du commencement de cette muqueuse. Cette fistule était simple, sans diverticulums, sans indurations. La peau n'offrait aucun changement de couleur. L'état général était excellent ; il n'y avait donc aucune raison de différer l'opération. Elle fut pratiquée, le 20 mai, par M. Nélaton; elle fut des plus simples, et tout semblait faire espérer une guérison très-prochaine. Cependant après le sixième jour, on remarqua que la plaie restait saignante, comme pulpeuse, le malade éprouvait un malaise général, un sentiment de pesanteur dans le rectum; enfin, en palpant d'un seul doigt et avec soin le pourtour de l'anus, il fut facile de constater que certains points étaient manifestement douloureux. Il n'y avait du reste, à l'extérieur, ni tension, ni gonflement, ni rougeur. Bientôt les symptômes s'aggravèrent, la douleur devint fixe et intense; la muqueuse rectale prit une couleur violacée et un aspect tendre et brillant; l'introduction du doigt dans l'anus était extrêmement pénible, surtout lorsque la pulpe digitale pressait la partie postérieure de l'intestin. D'autre part, il y avait de la fièvre, la langue était sale, quelques frissons vagues. Un foyer de suppuration s'était formé au voisinage de la plaie. On était alors au douzième jour de l'opération; en écartant fortement les bords de l'anus, on remarquait un petit pertuis très-fin, d'où la pression faisait sortir quelques gouttes de pus rougeâtre.

En présence de cet accident, M. Trélat pria M. Nélaton de l'assister de ses conseils; c'était le 4 juin. Depuis l'avant-veille le malade éprouvait de continuels élancements dans le rectum. Un stylet recourbé, insinué dans le pertuis, et dont on fit saillir la pointe à la faveur d'un léger mouvement de bascule, au-dessous d'une assez grande épaisseur de parties molles, moutra que le foyer était situé en arrière et à gauche de l'anus. Se guidant sur ces indications, le chirurgien fit une large incision, s'étendant depuis le pertuis de la muqueuse jusqu'à la pointe du stylet, et intéressant à la fois la portion inférieure du rectum et la peau. Elle donna issue à un flot de pus mêlé de stries sanguines. Les deux plaies de la marge dorsale permettant l'introduction très-facile des doigts, on reconnut alors un large décollement de toute la partie postérieure du rectum, qui arrivait en haut jusqu'aux articulations sacro-iliaques. Le rectum et le foyer étaient séparés par une cloison mobile et

flottante, qui n'était autre que la paroi même de cet intestin. Vu le danger d'hémorrhagie auquel on se serait exposé en divisant cette paroi, on s'abstint, se bornant à prescrire des injections tièdes, en attendant ce qui surviendrait.

Dans les derniers jours de juin tout allait pour le mieux, et le malade reprenait de l'embonpoint et de la fraîcheur.

Dans le commencement de juillet, on constata l'existence d'un point douloureux en arrière de la première incision; les plaies redevinrent saignantes; le travail de cicatrisation s'arrêta. Un clapier en communication avec le foyer rétro-rectal s'était formé. M. Nélaton divisa alors d'un coup de bistouri la peau qui recouvrait le clapier, et prenant ensuite un entérotome de Dupuytren, il pinça entre les mors de cet instrument ce voile morbide, qui était constitué par les tuniques du rectum, et qui séparait le vaste foyer rétro-rectal de l'intestin lui-même. Un fil ciré fut enroulé autour des branches, de manière à affermir leur rapprochement; toute la portion de l'instrument dépassant l'anus, enveloppée et recouverte de compresses, le tout maintenu par un bandage en T. Au moment où on retira le bandage et les compresses, la pince tomba d'elle-même; elle était restée trente heures en place. Sa présence n'avait déterminé aucun accident. Une grosse mèche fut introduite dans le rectum.

Le jour suivant, on constata que la partie mobile du rectum avait été divisée dans une étendue de 3 centimètres environ; mais il en restait au-dessus une partie au moins égale qui séparait le fond du foyer de l'intérieur de l'intestin. Des injections iodées furent pratiquées tous les jours; la cicatrisation marcha rapidement, et la santé se rétablit; mais il y avait toujours un cul-de-sac profond qui restait stationnaire. M. Trélat, au bout de quelque temps, se détermina à achever la cure par une nouvelle section de la cloison restante, à l'aide de l'entérotome introduit jusqu'à une profondeur de 12 centimètres au-dessus de l'orifice anal. Deux jours après, la pince s'était détachée. A partir de cette époque, la cicatrisation marcha régulièrement, et vers le commencement du mois d'octobre la guérison était complète. (*Gaz. des hôpit.*, mars 1861.)

Tumeur *fibro-cartilagineuse du lobule de l'oreille; ablation; guérison.* La petite opération qui consiste à percer les oreilles chez les petites filles, si souvent insignifiante, peut quelquefois occasionner une inflammation assez vive, et par suite des engorgements plus ou moins persistants, de véritables tumeurs; en voici la preuve.

Une jeune fille de quinze à seize ans portait dans le lobule de l'oreille droite une tumeur d'apparence globuleuse, mais en réalité un peu étranglée à la base, de manière à présenter la disposition d'un double bouton de chemise bombé des deux côtés. La peau qui la recouvrait avait sa coloration normale; seulement elle était très-amincie et très-adhérente. L'apparition de cette tumeur datait de six mois environ; elle s'était développée à la suite d'une violente inflammation déterminée par la ponction du lobule et la présence des boucles d'oreilles, qu'on fut bientôt dans l'obligation de retirer. Elle était d'ailleurs plus gênante que douloureuse, avait résisté à l'action résolutive des pommades iodurées et augmentait de volume depuis quelque temps, d'une manière très-appréciable; il y avait urgence à en faire l'ablation.

M. Dassier se proposa d'en faire l'ablation en deux temps. Après avoir pratiqué une incision sur la partie saillante de la tumeur de la face antérieure du lobule, il acquit bientôt la certitude qu'il lui était impossible de disséquer la peau, tant elle était adhérente. Il se disposa alors à faire une incision à plat, en se rapprochant le plus possible de sa base.

Cette opération n'eut pas de suites immédiatement fâcheuses; la plaie se cicatrisa au bout de quelques jours; mais le résultat définitif ne fut pas heureux. La tumeur reprit bientôt son volume primitif; il fallut alors abandonner la première idée, c'est-à-dire l'espoir de débarrasser la malade, par une deuxième opération faite à la partie postérieure, et analogue à celle qui avait été déjà pratiquée sur la partie antérieure. M. Dassier eut recours cette fois à l'exemple de Syme d'Edimbourg, pour un cas analogue, à l'excision du lobule entier, en conservant toutefois, sous forme de lambeau allongé, la partie non malade du lobule qui existait sur le rebord; ce lambeau fut fixé par trois points de suture; la réunion se fit par première intention, et la guérison fut ainsi complète au bout de peu de jours. La difformité qui en est résultée est à peine sensible; le

lubule est seulement un peu plus petit que dans l'état ordinaire.

L'examen de la tumeur enlevée y a fait reconnaître les caractères anatomo-pathologiques des tumeurs bénignes fibro-cartilagineuses. M. Dassier est porté à penser que le tissu de cicatrice qui s'est fait dans le lobule, à la suite de la ponction, a servi de noyau et de point d'appui à la substance fibro-cartilagineuse qui constituait la base de la tumeur. (*Journ. de méd. de Toulouse*, mars 1861.)

VARIÉTÉS.

La Société de médecine de Gand vient de publier son programme pour les concours de 1862. Les questions proposées sont : 1° Indiquer les notions hygiéniques applicables aux établissements destinés à l'instruction de la jeunesse ; 2° Décrire les maladies qui peuvent tirer leur origine de l'exercice des industries linière et cotonnière ; 3° Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale ; 4° Quelles sont les maladies produites par les parasites, et quelles sont celles où les parasites ne sont qu'un produit de la maladie ? — Quels sont les meilleurs parasiticides ? 5° La syphilis peut-elle produire ou modifier des maladies internes ? — Dans l'affirmative : décrire ces maladies et le traitement qu'elles exigent ; 6° Rechercher, au point de vue pathogénique, la valeur des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie chez les aliénés ; — Déterminer par des faits les signes auxquels on peut reconnaître ces lésions pendant la vie ; 7° Décrire les lésions ou altérations du nouveau-né, qui peuvent donner lieu à des présomptions d'infanticide ; — Insister sur les caractères qui sont de nature à faire reconnaître leur origine ; 8° Quels sont les moyens de prévenir la résorption purulente à la suite des opérations chirurgicales ? Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être adressés *franco*, suivant les formes académiques, avant le 1er mars 1862, au secrétaire de la Société, le docteur E. Lesselliers, rue Basse, 23, à Gand. Une superbe médaille en or, frappée à l'effigie de la Société, et le titre de membre correspondant seront accordés aux auteurs des mémoires couronnés.

La Société médicale du Hainaut met au concours, pour 1861, la question suivante : « De la goutte et de son traitement, et spécialement de l'action du colchique dans cette maladie. » Prix, une médaille d'or. — Les mémoires doivent être remis *franco*, avant le 1er septembre 1861, chez le secrétaire général de la Société, à Mons.

La Société des sciences de Lille décernera une médaille d'or à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : « Du traitement du croup ou angine diphthéritique. » Sans rien imposer aux candidats, la Société désire voir adopter l'ordre suivant : 1° traitement à diriger contre l'état local ; 2° traitement à diriger contre l'état général ; 3° examen spécial du degré d'efficacité de la trachéotomie. Les assertions contenues dans les mémoires envoyés devront s'appuyer sur des statistiques authentiques, dont on indiquera soigneusement les sources. — Les mémoires devront être adressés, suivant les formes académiques, au secrétaire général, avant le 15 novembre, à l'hôtel de ville de Lille.

Par arrêté du 3 avril, M. Hirtz, agrégé de la Faculté de médecine de Stras-

bourg, est chargé provisoirement du cours de pathologie médicale et clinique de cette Faculté, en remplacement de M. Forget, décédé.

M. Bruch, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé, en outre, professeur suppléant à ladite Ecole pour les chaires des sciences physiques et naturelles, en remplacement de M. Lauras, décédé.

M. Aubry, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Guyot, décédé.

M. Aubrée, docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même Ecole, en remplacement de M. Robiou, appelé à d'autres fonctions.

M. Dayot, docteur en médecine, est nommé suppléant de la chaire de médecine proprement dite à ladite Ecole, en remplacement de M. Baudoin, démissionnaire.

Le concours pour une place de prosecteur à l'Ecole anatomique des hôpitaux, a été ouvert lundi 8 avril. Les juges sont : MM. Empis, Millard, A. Richard, Chassaignac et Verneuil, juges ; MM. Serres et Béraud, suppléants. Les candidats sont : MM. Boudin, Blondet, Delaunay, Dubreuil, Fort, Péan, Perrier et Simon.

La première épreuve consiste en préparations sèches. Tous les candidats ont à préparer : les vaisseaux cérébro-rachidiens, comme pièce particulière ; ils ont en outre à préparer : les voies lacrymales, les appareils du goût et de l'olfaction, la mamelle, les aponévroses du pied, le larynx et l'oreille moyenne.

La démission de M. Lelut, comme médecin de la Salpêtrière, vient de donner lieu à un mouvement dans le personnel médical des hospices d'aliénés. M. le docteur Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre, passe à la Salpêtrière, et M. le docteur Marçé, médecin de la ferme Sainte-Anne, est nommé à Bicêtre. Quant au service médical de la ferme Sainte-Anne, créé il y a six mois, il est supprimé.

La Commission instituée pour délibérer sur le projet de construction de plusieurs grands asiles d'aliénés, pour le département de la Seine, se réunit tous les lundis. On nous assure que, dans la séance du 8 avril, MM. Lélut et Moreau (de Tours) se sont très-énergiquement prononcés en faveur du rétablissement du concours spécial pour la nomination des médecins de ces asiles.

Par décret du 30 mars, M. le docteur Cintrat, médecin-major de deuxième classe au 1er régiment de grenadiers de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le journal Montpellier médical annonce que le montant des souscriptions pour l'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez s'élève actuellement à la somme de 21,495 francs.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la phthisie pulmonaire.

Par le professeur J. Hughes Bennet.

Il est des maladies sur lesquelles on a beaucoup écrit, et sur lesquelles on écrit et on écrira bien longtemps encore : telle est la phthisie pulmonaire. Bien connue aujourd'hui dans ses caractères anatomiques et symptomatologiques, elle conserve bien des difficultés et des problèmes en ce qui touche son origine et son mode de développement; il reste à instituer un traitement sur lequel on puisse compter dans l'immense majorité des cas. M. le professeur Bennet, d'Edimbourg, qui a contribué à éclairer l'histoire de cette maladie, et qui a certainement travaillé à en diminuer les victimes par les efforts persévérants qu'il a faits pour introduire l'huile de foie de morue dans la thérapeutique de cette affection, a été conduit par ses études pathologiques à placer l'origine primitive de la maladie dans un trouble de la digestion produisant : 1° un appauvrissement du sang; 2° des exsudations dans le poumon, qui présentent le caractère de l'exsudation tuberculeuse et qui amènent, par suite de leur formation successive et de leur ramollissement, ainsi que de la production d'ulcérations dans le poumon ou ailleurs, les résultats destructeurs qui les distinguent. Faisant remarquer ensuite que les circonstances qui assurent l'assimilation plus complète des aliments, arrêtent fréquemment la tendance à la reproduction des exsudations tuberculeuses, tandis que les exsudations qui existaient auparavant disparaissent à leur tour, et que parfois même des excavations très-étendues ont pu, dans ces circonstances favorables, arriver à cicatrisation et à guérison, M. Bennet est conduit à ramener à trois indications principales le traitement à suivre dans la phthisie pulmonaire, à savoir : 1° améliorer le trouble de la nutrition qui est la cause de l'exsudation prenant le caractère tuberculeux; 2° favoriser l'absorption de l'exsudation déjà déposée; 3° prévenir le retour d'exsudations nouvelles par une attention convenable aux règles de l'hygiène.

§ 1. En ce qui touche l'amélioration de la nutrition, dont le trouble cause et entretient la maladie, de toutes les choses la plus importante, c'est de produire l'assimilation d'une grande quantité de matières grasses. Une simple augmentation dans la quantité des aliments, ou un changement dans leur qualité, a pu suffire dans quel-

ques cas, et c'est ainsi que devait agir le traitement recommandé, il y a quelques années, par M. Stewart d'Erskine, qui consistait dans l'administration, *larga manu*, des beefsteaks et du porter, ainsi que dans l'exercice en plein air. Mais, pour digérer et assimiler des aliments azotés, il faut que l'estomac et le canal alimentaire n'aient pas perdu beaucoup de leur activité : or, dans la plupart des cas, au contraire, le malade est dans l'impossibilité de tolérer de pareils aliments ; ou bien ils ne sont pas digérés, ou bien ils sont vomis. C'est dans ces circonstances que les matières grasses liquides sont directement indiquées ; elles épargnent, pour ainsi dire, à l'appareil digestif l'ennui ou la fatigue de fabriquer ou de séparer ces matières grasses des aliments. En prenant une quantité considérable d'huile, une assez grande proportion est assimilée et entre en combinason avec l'albumine, constituant par conséquent ces molécules élémentaires si nécessaires à la formation du chyle normal. « Cest ainsi, au moins en ce qui me concerne, ajoute M. Bennet, que je m'explique les bons effets de l'huile de foie de morue.

« Depuis que j'ai introduit en Ecosse l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie, je l'ai prescrite continuellement dans ma pratique, tant hospitalière que civile, et je n'ai pas besoin de dire que j'en ai fait usage dans un grand nombre de cas. En même temps j'en ai pu suivre les effets à toutes les périodes de la maladie et dans presque toutes les conditions d'âge, de temps et de position sociale. J'ai eu encore l'occasion de pouvoir examiner un grand nombre de cadavres appartenant à des individus qui en avaient pris des quantités considérables, et, en même temps, j'ai eu constamment sous les yeux des personnes qui devaient véritablement la vie à son administration. Enfin, j'ai suivi avec attention les progrès que cette médication a faits dans l'opinion du public médical, et j'ai parcouru tout ce qui a été écrit tant en Ecosse qu'à l'étranger sur ce point de la science. Rien ne me serait plus facile, par conséquent, que d'écrire très-longuement sur ce sujet ; mais il me paraît sans utilité d'insister sur l'utilité d'un remède, alors que cette utilité a été confirmée par l'expérience. Je dirai seulement que, si quelques praticiens éminents ont pu avoir dès l'abord des doutes sur sa valeur, et si, par conséquent, ils ont été longtemps avant de se décider à en faire usage, il n'en est pas un qui, après l'avoir employé dans un certain nombre de cas, ait pu conserver des doutes sur ses avantages dans les maladies scrofuleuses et dans la phthisie pulmonaire.

« L'opinion générale a aujourd'hui pleinement confirmé ce que

j'écrivais il y a déjà bien des années : aucun remède ne répare aussi facilement les forces épuisées des malades, n'améliore autant les fonctions nutritives en général, n'arrête ou ne diminue d'une manière aussi efficace l'amaigrissement, ne suspend mieux la transpiration, ne calme mieux la toux et l'expectoration, et ne produit une action plus favorable sur l'état local. Des individus qui présentent de l'amaigrissement, des sueurs profuses, une toux et une expectoration continuelles, comme symptômes prédominants, avec un degré de faiblesse qui les empêche de se soutenir, se trouvent, après quelques semaines de son emploi, dans un état qui leur permet de se tenir debout et de se promener, avec amélioration visible dans leur santé générale et augmentation proportionnelle de l'embonpoint. Les signes physiques de la maladie peuvent continuer encore sans changement pendant quelque temps ; mais, si le traitement est continué, les gros râles humides sont remplacés par des souffles secs, qui deviennent de plus en plus persistants, et la pectoriloquie se transforme en bronchophonie, la respiration devient plus facile, et un temps d'arrêt est apporté au travail ulcératif et à la formation de matériaux purulents dans les voies aériennes.

Aujourd'hui, je crois pouvoir résumer de la manière suivante mes opinions relativement à la valeur de l'huile de foie de morue dans la tuberculisation pulmonaire :

1° L'huile de foie de morue, ainsi que la remarque en a été faite par M. Taufflieb, est un analeptique (de ἀναλαμβάνω, je répare) ; elle est indiquée dans tous les cas de trouble de la nutrition dépendant d'un défaut d'assimilation des matières grasses ;

2° L'huile de foie de morue est susceptible d'être digérée dans des circonstances dans lesquelles aucune autre espèce de substance animale ne pourrait être prise en quantité suffisante pour fournir à nos tissus la proportion convenable des matériaux gras ;

3° L'huile de foie de morue agit en se combinant avec l'excès des substances albumineuses qui constituent le chyle et en formant dans les villosités et dans les vaisseaux lactés de terminaison ces molécules élémentaires dont le chyle est primitivement composé ;

4° Ses effets, dans la phthisie pulmonaire, sont de nourrir le corps, qui augmente en volume et en vigueur, de suspendre les exsudations nouvelles de matière tuberculeuse, et de diminuer la sueur, l'expectoration et les transpirations ;

5° La dose ordinaire pour un adulte est d'une cuillerée de table trois fois par jour, dose qui peut être, avec avantage, portée à quatre et jusqu'à six cuillerées par jour. Toutefois, lorsque l'estomac est

irritable, il convient de commencer par une cuillerée à thé ou à dessert ;

6° L'espèce d'huile a peu d'importance au point de vue thérapeutique. Les espèces pures sont les plus agréables ; mais les brunes ont été longtemps employées avec avantage, et peuvent l'être avec confiance toutes les fois qu'il y a une question d'économie ;

7° Je n'ai jamais vu l'huile de foie de morue donner lieu à une pneumonie, à une dégénérescence graisseuse du foie ou du rein, quelque prolongé qu'ait été son emploi et bien que ces complications de la phthisie soient extrêmement fréquentes.

On a prétendu que s'il s'agissait seulement, dans la phthisie pulmonaire, d'assimiler une matière grasse pour améliorer un trouble de la nutrition, toute autre espèce d'huile pouvait atteindre le même but. Sans doute, toutes les fois que la graisse, sous une forme quelconque, ou des aliments riches en graisse, peuvent être digérés, on est sûr d'avoir de bons résultats : de là même les bons effets, si connus, de l'emploi du lait et en particulier du lait d'ânesse. La crème et le beurre ont aussi été donnés très-largement. Ascheston a recommandé le caviar, et Pophen la graisse de lard avec un succès partiel. J'ai vu la graisse de mouton et de porc frais faire des merveilles ; mais c'est qu'alors l'appétit et les fonctions de l'estomac étaient dans un bien meilleur état que cela n'a lieu ordinairement chez les phthisiques. On m'a assuré que, dans quelques parties de l'Amérique, des guérisons ont été obtenues en nourrissant les malades de moelle des os du buffle, et que les phthisiques devenaient, sous l'influence de cette alimentation, assez forts pour pouvoir, à leur tour, chasser l'animal dans les prairies. J'ai aussi donné l'huile de raie, de requin et celle de chien de mer, avec de bons effets. De même on a essayé beaucoup d'huiles végétales ; mais les plus pures de ces huiles, celles d'olive et d'amandes douces, par exemple, produisent, dans l'immense majorité des cas, une action purgative, et diminuent par conséquent les forces au lieu de les augmenter. L'huile de lin a été employée par erreur par Rust, qui croyait donner de l'huile de foie de morue, et avec très-peu d'avantage. M. Th. Thompson, de son côté, a recommandé l'huile de noix de coco ; mais, bien que ces diverses espèces de graisses ou d'aliments gras aient pu, lersqu'ils ont été assimilés, compter quelques succès, ce qui confirme encore une fois le principe de pathologie générale que j'ai établi, il n'en est pas moins vrai, et l'expérience universelle a prononcé sur ce point, qu'aucune substance connue n'est aussi facilement tolérée par l'estomac, et n'est d'une application aussi générale

comme analeptique dans les maladies tuberculeuses, que l'huile de foie de morue.

Il peut arriver cependant, dans quelques cas rares à la vérité, que cette substance ne puisse être conservée par l'estomac, et des efforts ont été faits pour introduire la graisse dans l'économie par toute autre voie, par la peau ou le rectum, par exemple. Les anciens ont employé très-largement les frictions avec l'huile et les onguents, et les frictions faisaient partie du système d'entraînement de leurs athlètes. Des observations plus récentes ont montré que les bouchers, les cuisiniers, les fabricants d'huile, les faiseurs de chandelles, les tanneurs et autres individus qui se trouvent continuellement en contact avec les matières grasses sont, pour la plupart, des hommes robustes et bien portants, et, de plus, qu'ils sont moins exposés que d'autres à l'affection tuberculeuse. On a dit que les enfants et les jeunes sujets occupés dans les filatures de coton, où l'on emploie journellement de grandes quantités d'huile, sont généralement exempts de scrofules et de phthisie pulmonaire. Les faits de ce genre ont conduit à cette supposition qu'une certaine quantité de graisse peut, en pénétrant par les lymphatiques de la peau, donner au chyle des qualités plus nutritives, et que, dans les cas où l'huile ne saurait, sans grande difficulté, être tolérée par l'estomac, il pourrait y avoir avantage à l'introduire à travers la peau. Cette pratique a été recommandée par Bauer, de Tubingue, qui a publié plusieurs cas dans lesquels des frictions avec plusieurs espèces d'huiles ou des bains huileux ont fait disparaître la disposition scrofuleuse. Il y a quelques années, j'avais fait préparer une pommade d'huile de foie de morue pour l'emploi extérieur; malheureusement, son odeur désagréable et pénétrante fatiguait plus les malades que le goût déplaisant et les éructations produites par l'huile. Les huiles, même les plus pures, employées à l'extérieur, sont pour les malades une occasion de grand ennui, tachant le linge et les vêtements, leur faisant éprouver les sensations les plus incommodes de la malpropreté, et constituant enfin pour les pauvres une dépense véritable. Certaines personnes ont pu, par hasard, se trouver bien de ce traitement; mais une expérience étendue a prouvé maintenant que l'emploi des huiles à l'extérieur a peu ou point d'effet pour relever la nutrition.

Peut-être encore pourrait-on faire usage de la voie rectale pour introduire l'huile de foie de morue dans l'économie, ainsi que cela a été fait par M. Rust, d'Aberdeen, qui administrait à ses malades des lavements composés de deux verres à dessert d'huile de foie de

morue, une grande cuillerée de vin, la même quantité d'arrow-root, battus avec 250 à 300 grammes d'eau tiède, à laquelle on ajoutait *soixante* (?) gouttes de laudanum. J'ai essayé depuis ce mode d'administration de l'huile, et dans quelques cas avec un avantage temporaire. Pourtant, en outre des objections qu'on peut adresser à ce mode particulier d'introduction des médicaments, il y en a surtout une qui a une très-grande valeur, c'est que la nature n'a jamais prétendu que l'homme pût être nourri de cette manière ; et, tout en admettant que ce mode d'introduction de l'huile de foie de morue soit applicable dans les cas où l'estomac montre une intolérance absolue pour les aliments, dans le but de ranimer les puissances vitales ou de gagner du temps, il faut reconnaître que le meilleur mode d'administration des aliments dans la phthisie pulmonaire, dans le but de diminuer les phénomènes dyspeptiques, est de les faire pénétrer par la bouche, et de les faire assimiler par les vaisseaux lactés plutôt que par les lymphatiques.

§ 2. Favoriser l'absorption des exsudats et calmer la fièvre symptomatique entretenue par leur présence, telle est la deuxième indication. Les changements qui se montrent tant dans les vaisseaux sanguins que dans le sang lui-même, et qui précèdent les exsudats tuberculeux locaux sont exactement les mêmes que dans les cas d'exsudats simples ou inflammatoires, et toute la différence consiste dans la moindre puissance de développement que possèdent les premiers. Les symptômes qui accompagnent la période actuelle d'exsudation varient en intensité suivant ses degrés, son étendue, et suivant la rapidité avec laquelle surviennent les changements locaux. Par leur nature, ils sont exactement les mêmes que ceux qui caractérisent les maladies dites inflammatoires des poumons, telles que la pneumonie, la bronchite et la pleurésie. Ces dernières lésions sont pourtant les accompagnements constants de la phthisie pulmonaire, et elles surviennent plus ou moins rapidement, c'est-à-dire qu'elles sont aiguës ou chroniques. Par suite, toutes les espèces de changements intermédiaires entre les exsudats simples et les tuberculeux sont constamment en action dans un cas donné, et les phénomènes de phthisie, de pneumonie, de pleurésie et de bronchite peuvent se trouver réunis et se mêler d'une manière inextricable, ou ils peuvent se succéder les uns aux autres à certains intervalles. Cette circonstance, qui est si trompeuse pour un praticien inexpérimenté, et qui conduit souvent à de grandes erreurs dans le diagnostic et dans le traitement, offre au pathologiste qui peut reconnaître les affections par l'auscultation les informations les plus

précises sur les progrès de la maladie et les remèdes dont on peut faire usage.

La phthisie pulmonaire est sans aucun doute et le plus souvent une maladie lente et insidieuse, mais un observateur attentif ne peut manquer d'y suivre des exacerbations, caractérisées par leur caractère fébrile ou par une augmentation de la toux et de la douleur locale; c'est là ce qu'on prend trop souvent pour des refroidissements, et dont la véritable nature échappe même, à moins d'un examen minutieux. Mais lorsque la phthisie a été reconnue, ces attaques fébriles et ces prétendus refroidissements se résolvent en ce qu'ils sont : de nouveaux dépôts tuberculeux ou des pneumonies, pleurésies ou bronchites intercurrentes. Dans quelques cas, ces attaques sont à peine perceptibles, et la maladie suit une marche lente et insidieuse jusqu'au bout; dans d'autres cas, elles sont fréquentes et se montrent parfois si violentes et si graves que l'individu meurt rapidement, au milieu de ce qu'on appelle *phthisie galopante*. Entre ces extrêmes, il y a toute espèce de degrés qui défient la description, mais que le pathologiste peut comprendre facilement. Par conséquent, le grand problème à résoudre dans le traitement de la phthisie pulmonaire est celui-ci : que, tandis que d'un côté on a affaire à une maladie caractérisée par une diminution de la nutrition et par un affaiblissement, à une maladie qui réclame par conséquent un traitement général reconstituant et fortifiant; d'un autre côté, cette maladie est accompagnée d'une excitation locale qui demande un traitement antiphlogistique et affaiblissant. Ces deux indications opposées ont créé la plus grande confusion dans l'esprit des praticiens, et de là ces grandes disputes relativement à la nature de la phthisie, si elle est inflammatoire ou non, si elle doit être traitée par les saignées et le tartre stibié, ou par les toniques et une bonne alimentation.

Bien que la doctrine qui a soutenu l'origine inflammatoire du tubercule soit pathologiquement exacte, au moins en ce qui concerne l'exsudation fournie par le sang, la pratique qui repose sur cette doctrine a certainement conduit aux résultats les plus déplorables. Si, en effet, comme je crois l'avoir démontré (et nous laissons, bien entendu, à M. Bennet toute la responsabilité de cette assertion), la pneumonie simple, sans complication, parvenue à l'état d'hépatisation, bien loin d'être avantageusement modifiée par les antiphlogistiques, guérit plus souvent, plus tôt et plus facilement par un traitement tout opposé, à plus forte raison doit-il en être ainsi d'une maladie à marche débilitante comme la phthisie. D'ailleurs, l'expérience

universelle a démontré, dans ces derniers temps, que dans cette dernière maladie un bon régime, l'huile de foie de morue et l'abstention de moyens débilitants, non-seulement sont les meilleurs moyens de relever la nutrition générale, mais encore qu'ils assurent la disparition la plus rapide de l'exsudation, convertissent les râles humides en des râles secs, favorisent la rétraction des cavernes, et convertissent en matière crétacée ceux des tubercules qui ne sont pas encore ramollis, en travaillant à l'absorption de leurs matériaux animalisés.

Ce qui a peut-être contribué plus qu'autre chose à répandre l'emploi des saignées générales modérées dans la phthisie aiguë, aussi bien que des saignées locales pendant les exacerbations dans le cours de la phthisie chronique, c'est le soulagement temporaire qu'elles produisent. Aucun fait certainement n'est mieux établi que ce soulagement qui se traduit par une moindre intensité de la douleur, une respiration plus libre et une diminution dans l'état fébrile. Les avantages qui en résultent peuvent être assez marqués pour engager à y revenir souvent. Pourtant, ce que je dois dire, c'est que pas un de ces cas traités ainsi ne s'est terminé autrement que par la mort. En revanche, en évitant avec soin les émissions sanguines, en soutenant les forces des malades pendant les exacerbations et la fièvre, en favorisant simplement les excrétions par les salants et les diurétiques, puis en reprenant de nouveau les analeptiques et en suivant la première indication, j'ai fini par arrêter la maladie d'une manière permanente et par obtenir une guérison complète.

Par conséquent, le plan le plus convenable pour arrêter les changements locaux que produit l'exsudation aiguë et pour calmer la fièvre symptomatique, me paraît être l'emploi de petites doses d'antimoine, des diurétiques de temps en temps, ainsi que de la quinine. Dans les formes chroniques, il faut s'adresser seulement aux topiques révulsifs, aux vésicatoires, au cautère, au séton, aux frictions avec la pommade stibiée ou l'huile de croton, bien entendu suivant les circonstances, ou bien encore aux épongements à l'eau froide pratiqués avec une assez grande rapidité pour amener la rubéfaction de la peau et non un refroidissement.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement de l'amblyopie par les lunettes.

Par le docteur GIRAUD TEULON, ancien élève de l'École polytechnique.

Les ophthalmologistes se sont fréquemment posé la question de la curabilité de la presbytie et de la myopie, et l'ont résolue très-diversement : les uns par l'affirmative, les autres, au contraire, en la niant absolument, au moins en ce qui concerne la presbytie.

Ces divergences se comprennent : si les exemples ne sont pas complétement rares dans lesquels l'une ou l'autre de ces maladies a pu se voir modifiée, amendée en sens utile, il a d'abord été toujours très-difficile de s'assurer que ces amendements ne fussent pas dus aux seuls efforts de la nature ou de l'âge ; et secondement, de déterminer quelles étaient ou pouvaient être leurs vraies relations avec les moyens mis en usage et suivis en apparence de succès.

Une vue soit myope, soit presbyte, qui ne se rattache pas à une constitution maladive profonde, et qui n'est pas fondée sur des éléments par trop prononcés ou trop réfractaires, la chose est d'expérience journalière, se corrige fréquemment par une hygiène gymnastique, sage et bien réglée, par un exercice fréquent et constamment varié, qui appelle souvent en action les muscles oculaires, sans jamais les attacher longtemps au même degré, ni au même sens d'action. Ce principe hygiénique est général et ne s'applique à l'appareil oculaire que comme à un cas particulier du système musculaire général.

Les effets à en attendre échappent à toute autre analyse qu'à celle de la physiologie générale : leur formule ressortit à la pathologie générale et se ressent des conditions, toujours un peu vagues, des influences vitales qui échappent par leur essence à toute mesure uniforme.

Mais il n'en est plus de même pour les cas où un procédé, un agent physique ont été mis en œuvre dans le but de corriger mécaniquement l'un ou l'autre de ces états, par un changement déterminé introduit dans les conditions extérieures de la vue. L'influence de l'agent étranger peut être appréciée : mais il reste à savoir si elle l'a toujours été exactement.

Ces agents, ces procédés, ce sont, tout simplement, les verres de lunettes par l'usage desquels on a cherché souvent à produire le résultat désiré. Et c'est là-dessus qu'il existe un certain désaccord, et assurément beaucoup d'obscurité.

En plusieurs circonstances, des chirurgiens, sur la probité scientifique desquels le moindre doute ne saurait être élevé, ont annoncé avoir triomphé d'amblyopies (et le mot d'amaurose a même été prononcé) au moyen de verres convexes. La chose est simple dans les cas où l'amblyopie en question pouvait consister en une faiblesse rétinienne, une asthénie presbytique ; mais comment la comprendre si, comme les auteurs l'annoncent, les sujets en question étaient myopes ?

S'il est simple, en effet, que le verre convexe, en tant que collecteur de lumière, apporte sur la rétine des pinceaux efficaces plus puissants, comment se représenter que ces verres aient été d'une utilité quelconque dans une myopie réelle, puisqu'ils éloignaient en même temps le point de départ virtuel de ces rayons, le lieu même de l'objet vu ou à voir ?

La légère augmentation de l'angle visuel, due à la distance qui sépare alors le verre convexe du cristallin, peut-elle compenser l'augmentation rapide des cercles de diffusion, le trouble croissant des contours des objets ? Donders a établi, on le sait, la proportion croissante des cercles de diffusion, au fur et à mesure que les objets s'éloignent.

Cette méthode cependant a produit, paraît-il, des résultats encourageants entre les mains de M. Bonnet (de Lyon) (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LIII, p. 289 et 345). C'était aussi le moyen employé par un empirique du nom de Schlesinger, cité par cet auteur, et qui a obtenu par lui des cures incontestables dans plusieurs grandes villes de l'Europe. Nous reviendrons tout à l'heure sur les points du traitement de ce dernier, qu'il avait soin, d'ailleurs, de tenir dans l'obscurité.

M. Bonnet a donc, ainsi que Schlesinger, obtenu la guérison de plus d'une amblyopie par l'emploi des verres convexes ; nous l'admettons très-aisément pour les cas de presbytisme, mais non pour la myopie. Nous devons croire que dans les cas, mal définis d'ailleurs, où l'amblyopie en question était supposée d'origine ou d'essence myopique, on avait, en réalité, affaire à un état tout opposé à la myopie, à savoir : l'hyperpresbyopie, l'hypermétropie, affection nouvelle que nous avons déjà suffisamment décrite d'après Donders. Cet état de la vue, inconnu à l'époque à laquelle ont été faits les essais dont il est question, en a probablement imposé pour un état d'affaiblissement myopique, eu égard à cette circonstance que la convergence forcée du regard, dans la vision rapprochée, réveille chez les hypermétropes jeunes encore, et sympathiquement, la fa-

culté d'accommodation que la volonté seule est impuissante à appeler à l'activité. Ce sujet recevra d'ailleurs un grand supplément de clarté de la considération de l'influence de l'acte binoculaire et de l'association des deux yeux dans l'emploi des lunettes. D'après ce que le lecteur a vu déjà sur les relations qui lient entre elles l'accommodation et la convergence, il peut prévoir à l'avance les conséquences de ces relations sur l'amendement do l'hypermétropie par les lunettes.

Quant à la guérison de la presbytie proprement dite, on voit que ce savant observateur doute qu'on l'ait jamais obtenue, si ce n'est en do rares occasions et par l'exercice excessivement prolongé et exclusivement hygiénique de la vue, sans lunettes, ou avec des numéros de plus en plus faibles. Il n'y a là rien que de conforme à la théorie.

Le procédé de Demours pour la guérison, ou plutôt l'amendement de la myopie, celui de Massard tendant aux mêmes fins, sont fondés sur les mêmes principes, l'exercice prolongé dans le sens de la fatigue de l'organe ; ils n'ajoutent rien à ce qui était déjà connu et convenablement interprété. Il n'y a dans ces essais intéressants que deux points essentiels et nouveaux à remarquer : l'usage des verres convexes, comme instruments collecteurs de lumière, appliqués à la stimulation do la rétine, dans le cas d'amblyopie sans réaction, ou d'affaiblissement asthénique ; secondement, l'idée de Massard, opticien do Lyon, citée par M. Bonnet, et jugée peut-être un peu sévèrement par lui, et qui consiste à s'adresser à des rétines parvenues à un degré plus avancé d'affaiblissement par un genre de stimulation plus prononcé, la projection directement dans les yeux de faisceaux lumineux plus ou moins intenses, et diversement colorés, soit au moyen de verres, soit sans intermédiaires. M. Bonnet, qui a essayé ce moyen, n'en a, il faut le dire, retiré aucun avantage ; pas plus, du reste, que de l'usage des verres convexes eux-mêmes, quand l'amblyopie était devenue de l'amaurose proprement dite. Il convient de mettre le fait d'observation ou d'expérience à côté du principe théorique.

Il va sans dire quo, dès que la rétine est suffisamment réveillée, sa sensibilité recouvrée en partie, c'est la facultó accommodative qui redevient la propriété à consulter ; car tout détail un peu délicat exige, pour être perçu, la rencontre exacte des foyers optiques avec la membrane sensible. Il faut donc, à ce point du traitement, prendre des verres en rapport exact et précis avec l'étendue de la vue, des verres convexes si le sujet est presbyte, des verres concaves

convenables s'il est myope. Il faut, en cet état de la question, que le sujet s'exerce utilement et sans fatigue, qu'il fournisse les stimulations nécessaires à la rétine, sans retomber dans les tensions accommodatives qui ont amené la maladie.

C'est ici qu'il devient nécessaire de faire appel aux principes nouveaux que nous avons posés, et sans l'intelligence desquels on demeure parqué dans l'empirisme le plus obscur.

Influence de l'acte binoculaire. — Ces résultats aussi précis que clairs, quand on les analyse dans leurs rapports avec la vision monoculaire, celle d'un borgne, par exemple (il faut avoir cette restriction constamment présente à l'esprit dans tout ce qui précède), se compliquent en effet d'un élément nouveau et important, dès que l'on passe à l'étude de la vision binoculaire. C'est l'élément dont nous avons exposé récemment le mode d'intervention, et relatif à l'influence des verres de lunettes sur la vision binoculaire, et que nous avons désigné sous le nom de dissociation d'harmonie entre les accommodations de distance et d'angle, d'éloignement et de position. Prenons d'abord le cas du presbyte. Si on se reporte à ce que nous avons exposé dans ce chapitre, au paragraphe relatif à la presbyopie, les résultats de l'expérimentation analytique en particulier, on se rappellera que nous avons fait voir que l'usage des verres convexes dans la presbytie, dans les circonstances les plus communes, celles où le regard se dirige soit par le centre des verres, soit par leurs régions prismatiques internes, nécessitait de la part des globes oculaires un mouvement mutuel de convergence de leurs axes en désaccord avec le degré de l'accommodation ciliaire, et pesant par conséquent, sur celle-ci, de tout le poids de la loi de synergie préétablie qui tend à en accroître l'activité, à la fixer dans le sens du raccourcissement de la vue, du rapprochement de la limite inférieure du champ de la vision.

L'usage du verre convexe, binoculairement employé, apparaissait donc, dans cette dissection analytique, sous un point de vue tout nouveau. Il devenait un instrument correcteur de la presbytie, et jusqu'à ce point de la changer en myopie consécutive, pour peu que l'exercice en fût continué d'une façon quelque peu persévérante.

Cet aperçu a ouvert un nouvel horizon dans l'étude étiologique des maladies des yeux, et nous avons pu y découvrir le mécanisme même des amblyopies presbytiques et de la myopie acquise, jusque-là fort obscures dans leurs causes.

Mais est-ce là l'unique résultat à retirer de cette étude, et cette propriété qu'a le verre convexe binoculairement employé, d'agir ac-

tivement sur l'accommodation ciliaire, ne peut-elle être avantageusement utilisée ? N'est-ce pas chez elle, par exemple, qu'il faut aller chercher la clef de certaines pratiques vainement scrutées par M. Bonnet et mises secrètement en usage par Schlesinger ?

Méthode empirique de Schlesinger.—Que faisait, en effet, ce dernier ? Voici, au rapport du savant professeur de Lyon, la méthode apparente qu'il mettait en usage, sans s'expliquer à son endroit : « M. Schlesinger, dit M. Bonnet, plaçait au devant des yeux les lunettes qu'il jugeait convenables, et faisait lire le malade ; puis il retirait rapidement le livre, soulevait les lunettes et regardait les yeux. Lorsqu'il trouvait ce qu'il appelait les *yeux naturels*, il conservait le choix qu'il avait fait. Dans le cas contraire, il changeait les lunettes jusqu'à ce qu'il en eût trouvé qui donnassent aux yeux, après la lecture, le genre d'expression qu'il cherchait. Aucun de ceux qui ont assisté, comme moi, dit M. Bonnet, à ces observations, n'a reconnu ce qu'il entendait par œil naturel, et n'a distingué les signes qui lui servaient de guide. Quoi qu'il en soit, M. Schlesinger se guidait sur ses propres observations, et non sur l'appréciation des malades. »

Aujourd'hui que nous connaissons le rapport nouveau et anormal créé entre la convergence des axes optiques et la situation réelle de l'objet, par l'usage des verres convexes, nous pouvons peut-être pénétrer au delà des barrières élevées par M. Schlesinger entre son secret et la science. Si nous considérons que la plupart de ces amblyopies sont ordinairement accompagnées d'une kopiopie ou fatigue de l'accommodation, nous comprendrons qu'une des premières indications à remplir est de ne placer devant les yeux que des verres propres à soulager cette fatigue, tout en procurant une vision suffisamment nette.

Mais où est l'indice qui avertira le médecin que cette condition est remplie ? Sera-ce la sensation même du sujet ? Non ; car un verre, défavorable au point de vue de l'accommodation, lui semblera parfait, pourvu qu'il grossisse l'objet et lui permette de le placer à une distance convenable. La fatigue ne se manifestera que plus ou moins tard, et alors sera attribuée plutôt à la faiblesse de l'organe. Le médecin, d'ailleurs, doit pouvoir apprécier, séance tenante, la qualité de la vue et du verre, ainsi que de leurs rapports. Il faut donc un autre élément.

Or, il en est un que l'inspection des yeux peut fournir à un observateur très-attentif et très-exercé : c'est le degré de la convergence des axes optiques, pendant et après l'usage des lunettes.

Nous avons rappelé tout à l'heure que, lors de l'usage des verres convexes binoculaires par leurs centres, les axes optiques exécutaient, en deçà de la situation réelle de l'objet, de cet objet vers le sujet, un mouvement angulaire égal à l'angle qui séparait la position réelle de cet objet de sa situation virtuelle. N'est-ce pas cette altération des rapports de direction des axes optiques avec la position ou distance réelle de l'objet, que Schlesinger savait reconnaître dans la manœuvre qu'il exécutait et que nous venons de rapporter d'après M. Bonnet?

N'est-ce pas là ce qu'il entendait par yeux naturels ou non naturels? N'avait-il pas pu remarquer, en observant des presbytes occupés à lire au moyen de verres convexes, que la direction de leur double regard se croisait plus ou moins en avant du livre qu'ils tenaient à la main, et n'est-ce pas là ce qu'il désigne sous le terme d'expression non naturelle des yeux, saisissant ainsi, par l'observation, un fait que la théorie devait plus tard nous révéler?

De même en ce qui concerne la myopie; le verre concave, employé binoculairement, rompt l'harmonie entre l'accommodation d'angle et de distance, et cette rupture est accusée par un mouvement de divergence des axes optiques, sans rapport avec la situation réelle des objets, et supérieur, comme mesure angulaire, à l'inclinaison des directions qui se croiseraient sur l'objet même.

Ne doit-on pas dès lors penser que l'habitude qu'avait cet empirique intelligent, après avoir fait lire un malade avec tels ou tels verres convexes, d'enlever rapidement les lunettes et d'observer alors les yeux de son sujet, n'avait d'autre objet que de constater le plus ou moins d'étendue du mouvement de restitution des axes revenant d'une convergence excessive à la convergence normale? Exécutons cette pratique, et nous ne manquerons pas d'observer également un mouvement de divergence très-prononcé qui succède chez des presbytes non encore amblyopiques, à l'enlèvement brusque des lunettes.

Ce symptôme, à l'état inverse, est des plus frappants chez le myope. Tout myope, porteur habituel de lunettes, nous offre, quand il les enlève, un certain degré de divergence anormale voisine du strabisme externe. C'est un phénomène très-aisé à expliquer, quand on sait que la dissociation de ces adaptations binoculaire et monoculaire consiste dans une divergence anormale des axes optiques ou des axes des cristallins par rapport aux axes des globes.

C'est en ce sens qu'on peut espérer, par contre, si le mode n'en est pas exagéré, un amendement à la myopie ainsi qu'à la presbytie, dans l'usage régulier et modéré des verres de lunettes appropriés.

L'effort de convergence, dû aux lunettes convexes, porte la vue dans le sens des adaptations rapprochées, comme l'effort de divergence amené par les verres concaves, produit l'effet symphatique inverse.

Ces mouvements de convergence ou de divergence sont accompagnés encore d'un indice extérieur saisissable, et que Schlesinger avait pu rencontrer.

Il enlevait rapidement le livre et relevait les lunettes. Mais alors il pouvait distinguer très-nettement le mouvement éprouvé par les pupilles. Dans le cas de verres convexes, pour peu qu'il y ait eu dissociation de l'harmonie, la restitution de la convergence naturelle n'est-elle pas accompagnée de la dilatation des pupilles, et, au contraire, de leur resserrement s'il s'agit de verres concaves? Nous avons noté tous ces phénomènes, dans nos expérimentations du chapitre x, sans prévoir ce à quoi elles pourraient nous servir un jour.

La probabilité de cette appréciation est d'autant plus fondée, que nous ne voudrions pas pour nous-même de signe plus probant que l'absence de tout mouvement des pupilles après la manœuvre de Schlesinger, pour conclure à l'état naturel des yeux et à l'absence ou au peu d'intensité de la dissociation d'harmonie produite par des lunettes d'un numéro déterminé.

Schlesinger, selon toutes probabilités, s'essayait donc empiriquement à se soustraire aux inconvénients des verres de lunettes de nature à compromettre l'accommodation. Il devait réussir quand le signe des yeux naturels se révélait à lui, et ce que nous savons de la vision binoculaire nous doit porter à penser que ce signe n'était autre que l'un de ceux que nous avons indiqués. Et il est à croire encore que les cas où il pouvait rencontrer cette condition d'exercice naturel de la vision étaient ceux où les yeux étaient relativement écartés, eu égard à la distance des centres des verres, c'est-à-dire dans lesquels la vision s'exerçait ou par des verres très-faibles, ce qui est peu probable, ou plutôt par les régions prismatiques externes des verres.

Méthode rationnelle. — Ce que nous avons dit relativement à l'emploi rationnel binoculaire des verres de lunettes, et à l'exclusion que nous avons cru devoir prononcer des régions prismatiques internes, dans les cas ordinaires, c'est-à-dire ceux où il n'y a pas strabisme, exprime suffisamment les conditions de la méthode que nous appliquerions au traitement de l'amblyopie par stimulation de la rétine. Ces conditions sont d'une remarquable simplicité, puisqu'il ne s'agit que de choisir un numéro assez fort pour per-

mettre la lecture à la distance ordinaire de la vision, et de ne se servir que de deux moitiés externes symétriques de ces lentilles. Certain de n'apporter par là aucune rupture dans l'harmonie des accommodations, nous n'aurions qu'une condition unique à remplir, prendre un verre assez puissant pour porter sur la rétine les faisceaux de lumière sous la divergence convenable. Sachant, en outre, que le pouvoir redresseur du prisme est d'autant plus nécessaire que le numéro du verre est plus fort, que, d'autre part, la région prismatique a d'autant plus d'effet, comme prisme, qu'on se rapproche davantage du sommet dans les verres convexes, et à mesure qu'on s'en éloigne dans les verres concaves, nous rapprocherions d'autant plus les centres des verres convexes ou concaves, que leur numéro serait plus fort.

On voit, du reste, que ces principes s'appliquent exactement aux cas où l'accommodation seule est malade; l'emploi des lunettes n'a plus d'autre objet que de soulager l'agent qui préside à cette fonction, et l'emploi des verres est pour cela absolument rationnel, dès que l'on s'en sert par leurs régions extérieures. L'accommodation est alors reposée et guérie par le repos, sans que les occupations soient suspendues, sans que la rétine ait à souffrir de cette suspension.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des ténifuges de l'Abyssinie.

Par M. le docteur COURBON.

Les ténifuges figurent en tête de la matière médicale abyssinienne; ce sont peut-être les seuls remèdes que les Abyssiniens sachent employer et qui leur soient véritablement utiles. Parmi ces ténifuges, on doit placer en première ligne le cousso et le mesenna; puis viennent l'écorce fraîche de grenadier, l'habi-tsalim, l'habi-sthogo, le belbelta, le soaria. Disons quelques mots seulement sur chacun de ces ténifuges, dont plusieurs sont mal connus.

Cousso. — *Cosso* ou *cousso* en amhara, et *habi* dans l'idiome du Tigré [1], nommé aussi par Brayer *cotz* ou *cabotz*. Il est fourni par

[1] En amhara, le ver solitaire et le principal remède qu'on emploie contre lui se désignent par une seule et même expression, qui est *cousso* ou *cosso*. Ce dernier mot est employé aussi en tigré, mais seulement pour désigner le ténia, puisque *habi* est le nom qu'on donne dans cet idiome à la médecine ténicide.

Ce mot *habi* veut dire littéralement remède ayant la consistance de la bouillie.

une rosacée de la tribu des spirées, voisine du genre agrimonia; c'est le *brayera anthelminthica* (Kunth), *hagenia anthelminthica* Lamk., *banksia abyssinica* (Bruce.) La première dénomination, celle de Kunth, a prévalu.

Le *brayera anthelminthica* est un bel arbre dioïque, de 8 à 15 mètres de hauteur, couronné par un bouquet de feuilles, grandes, imparipinnées, retombant à la manière de celles du dattier, à fleurs en longues et larges grappes pendantes. Il se trouve sur presque tout le plateau éthiopien, principalement dans les provinces du Samen, du Lasta, du Gojam et du Golta; il fleurit en décembre et en janvier; les fleurs sont la seule partie employée; la dose est d'une poignée. Du reste, on le trouve dans le pays en petits paquets de 35 grammes, destinés à être pris en une seule fois par les hommes robustes, et formant une dose et demie pour les jeunes gens et les individus à constitution délicate. Voici comment les Abyssiniens s'administrent le cousso : ils le réduisent en poudre grossière, versent cette poudre dans une corne de bœuf de la capacité d'un demi-litre, remplie de taidje, de thalla ou d'eau, délayent le mélange avec le doigt, et l'avalent; aussitôt après, ils se couchent ou bien s'assoient et demeurent dans une grande immobilité. On n'éprouve rien en prenant le cousso; mais, le remède avalé, on ne tarde pas à ressentir des nausées d'une âcreté extrême, qui déterminent beaucoup de malaise et de dégoût. Une heure après la prise du médicament, on a une selle ordinaire; une demi-heure ou une heure plus tard, une selle liquide, et au bout de trois heures ou quelquefois de quatre à six heures, le ténia est expulsé sous la forme d'un peloton blanchâtre. Les Abyssiniens prennent le cousso à jeun et ne font leur premier repas qu'après l'expulsion du ténia; mais ils boivent et mangent copieusement, et font usage des boissons et des aliments les plus excitants. Le domestique a l'habitude, ce jour-là, de se présenter à son maître avec une croix de paille à la main, en disant : *Encotatach* (cadeau). Le maître comprend qu'il a pris le cousso, et lui donne toujours dans cette circonstance un pourboire. Les Abyssiniens prennent régulièrement le cousso tous les deux mois. Cette règle est générale pour tout le monde; il n'y a à faire exception que pour les enfants au-dessous de sept ans : on n'aurait point le ver solitaire avant cet âge, ou du moins on ne l'aurait que très-rarement.

J'ai exposé la manière dont les Abyssiniens s'administrent le cousso. En Europe, on verse tout simplement, sur 20 grammes de ces fleurs grossièrement pulvérisées, 250 grammes d'eau tiède; on

laisse infuser pendant un quart d'heure, et le matin, à jeun, on avale tout le mélange.

Mesenna. — Le mesenna, généralement appelé *musenna*, est nommé par Aubert-Roche *bisenna*, et *besenna* par Ant. Petit, ainsi que par Ach. Richard dans sa Flore d'Abyssinie ; mais son nom véritable est *meeanna* en amhara, et *besanna* en tigré.

Aubert-Roche le fait provenir du *juniperus virginiana* (¹) (Lin.), et il ajoute même « qu'on le prend incorporé à du miel, auquel il communique un goût de térébenthine agréable. » (Bulletins de l'Académie de médecine, t. VI, p. 498). Richard le rapporte à une légumineuse indéterminée, qu'il désigne sous le nom de *besenna anthelminthica*. Depuis cette époque, on n'a rien appris de plus précis sur la plante qui fournit le *mesenna*. J'ai rapporté pour la première fois en Europe les fleurs et les fruits de cette plante, que j'ai déposés avec toutes mes collections au Muséum d'histoire naturelle ; les idées seront donc désormais fixées sur la place qu'occupe le *mesenna* dans la classification botanique.

Le *mesenna* est bien une légumineuse : il appartient à la tribu des Acaciées ou Mimosées, et se range par tous ses caractères auprès de l'acacia de la haute Egypte, *acacia lebbek* (Del.), *albizzia lebbek* (Benth.) Nous l'appelons par conséquent, pour conserver, autant que possible, la dénomination d'Ach. Richard, *albizzia anthelminthica*.

L'*albizzia anthelminthica* est un arbre de 4 à 6 mètres, ordinairement de la grosseur de la cuisse ou un peu plus, mais atteignant rarement celle du corps, à écorce épaisse et très-rugueuse, à feuilles imparipinnées portant trois ou quatre paires de folioles. Les fleurs sont disposées en têtes globuleuses ; la corolle est verdâtre et le double du calice ; les étamines, nombreuses et monadelphes inférieurement, ont leurs filets blancs terminés par de très-petites anthères vertes ; le pistil, de même longueur que les étamines (3 centimètres), a son style également blanc couronné par un stigmate capitellé très-ténu. Enfin la gousse aplatie, et devenant blanchâtre par la dessiccation, présente absolument les mêmes caractères que celles de l'*albizzia lebbek* ; elle est seulement beaucoup plus petite. J'ai trouvé cet arbre à Mahivo, dans le Tarrenta, sur la route de Halay à Massouah ; il est très-commun autour de Dixah et d'Hébo. On le rencontre surtout dans le Samen, et en général dans tous les points de l'Abyssinie d'une moyenne élévation.

(¹) A cette époque, on regardait le genévrier d'Abyssinie, *juniperus procera* (A. Rich.), comme étant le même que le *juniperus virginiana*.

L'écorce de la plante est la seule partie usitée; M. Gastinel, professeur de chimie à la Faculté de médecine du Caire, m'a dit avoir reconnu qu'elle contient, entre autres substances, une grande quantité de gomme, et un principe particulier analogue aux alcaloïdes, se présentant en poudre blanchâtre, amorphe, et se combinant avec la plupart des acides.

Les Abyssiniens prennent le mesenna de plusieurs manières; mais c'est toujours l'écorce en poudre qu'ils emploient à la dose de deux poignées, environ 60 grammes. Ils la délayent dans un liquide quelconque, taidje, thalla ou eau; ils la mélangent avec de la farine et en font du pain; ils l'incorporent au beurre, au miel, et surtout au chenro, de manière à former des espèces de boulettes qu'ils avalent. Le remède est pris le matin; le premier repas a lieu trois ou quatre heures après son ingestion, et rien n'est ensuite changé aux habitudes. Le mesenna est entièrement insipide; il ne détermine aucun dégoût, ne produit aucune douleur, et n'amène aucun trouble dans les diverses fonctions. Dans la soirée, il y a une selle ordinairement solide, mêlée à une assez grande quantité de sérosité, et dans laquelle se voient quelques fragments de ténia. Ce n'est ordinairement que le lendemain, soit le matin, soit le soir, qu'est rendue la plus grande partie de l'entozoaire dans une selle séro-muqueuse et comme broyé. Les jours suivants, les selles contiennent encore des fragments de ténia toujours dans le même état.

Le mesenna est peut-être le meilleur ténifuge; il débarrasserait complétement du ver solitaire. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après son administration, on passe le terme fatal de deux mois sans en présenter les symptômes [1]. Il agirait enfin d'une manière toute particulière sur le ténia, puisque, après l'ingestion du remède, le ver, comme on me l'a affirmé, serait toujours rendu comme broyé.

Ce ténifuge a, du reste, été employé déjà plusieurs fois en dehors de l'Abyssinie. M. Pruner-Bey l'a administré vingt fois au Caire avec un complet succès. Il s'est toujours servi de la poudre à la dose de 60 grammes, mêlée à de la viande hachée et légèrement cuite. M. Gastinel, dont j'ai déjà parlé, m'a assuré que l'infusion de 30 grammes de poudre lui avait parfaitement réussi dans le seul

[1] On sait que les Abyssiniens prennent régulièrement le cousso tous les deux mois; car c'est au bout de ce temps que le ténia, dont le cousso ne les a pas complétement débarrassés, a acquis assez de développement pour les incommoder.

En France, je n'ai pas vu se reproduire le ténia après une administration méthodique du cousso.

cas où il ait essayé ce remède. Je sais que l'écorce d'Abyssinie a complétement échoué entre les mains de plusieurs chirurgiens de la marine; mais la dose, qui dans ces cas n'a jamais dépassé 15 à 20 grammes, était insuffisante (1). *(La fin au prochain numéro.)*

Composition chimique des fleurs d'arnica.

L'étude thérapeutique dont l'arnica est l'objet nous engage à signaler le résultat de l'analyse publiée par M. Walz. L'arnica montana renferme, suivant ce chimiste, une huile essentielle jaune, une résine, du tannin, une matière colorante jaune, un corps gras fusible à 28 degrés, une cire et un principe amer, qu'il désigne sous le nom d'*arnicine*, et auquel il attribue la formule $C^{70}H^{54}O^{14}$. Quant à ce qui concerne l'action thérapeutique de l'arnicine, nous n'en trouvons nulle trace dans l'extrait que nous donne M. Nicklès, dans le Journal de Pharmacie.

Un mot sur les granules et les dragées employées dans la thérapeutique médicale.

Il y a quelques jours, une des notabilités médicales de France, M. Bouillaud, nous disait que, depuis la mort de Quévenne, il ne prescrivait plus à ses malades l'usage de la digitaline, parce que l'action de ce médicament lui faisait toujours défaut.

Est-ce que notre bon et regretté collègue Quévenne aurait emporté avec lui dans la tombe l'art d'extraire de la digitale pourprée l'alcaloïde qu'elle contient? Non ! car en 1846 il a religieusement fait connaître, par la voie des journaux scientifiques, les procédés au moyen desquels il obtenait le principe actif de cette plante. D'où vient alors cette inaction reprochée par le savant professeur à la digitaline? Nous ne pouvons l'attribuer qu'à son défaut de pureté.

Les chimistes français ne sont pas les seuls qui fabriquent de la digitaline; l'Allemagne nous fait concurrence en nous expédiant chaque jour des quantités prodigieuses d'alcaloïdes végétaux, qu'elle livre au commerce à de très-bas prix.

Il est encore une autre cause qui pourrait donner à M. Bouillaud raison de se plaindre : c'est que le médicament créé par Quévenne,

(1) La dose considérable à laquelle on est obligé d'avoir recours pour que le médicament réussisse pourra être regardée comme un obstacle à la vulgarisation du mesenna en Europe; mais il est probable que le principe actif de l'écorce d'Abyssinie réside dans l'alcaloïde qu'elle contient, et si l'on trouve le moyen d'extraire facilement cette substance, l'inconvénient que nous venons de signaler aura disparu.

connu en pharmacie sous le nom de *granules de digitaline*, est tombé dans le domaine public, et que les soins si scrupuleux avec lesquels il était préparé par notre confrère pourraient bien ne plus se rencontrer chez tous ceux qui le fabriquent actuellement.

Espérons que la révision du Codex sera une occasion de fixer les doses des granules et des dragées médicamenteuses ; car il est probable que, dans quelques années, ce mode d'administrer certaines substances végétales et minérales constituera une grande classe d'agents thérapeutiques, et déjà, depuis la première idée des granules de digitaline et des dragées de copahu, on a vu surgir les granules d'atropine, de codéine, de morphine, de strychnine, les dragées de térébenthine, de goudron, d'assa-fœtida et celles d'une infinité d'autres substances, qui seront toutes prescrites du moment où les médecins auront la certitude d'avoir des médicaments fidèlement préparés. Il n'en est pas ainsi pour le moment, et nous pourrions citer bien des exemples à l'appui ; qu'on en juge par la composition des dragées de copahu.

30 dragées, pesant ensemble 25 grammes, contiennent : sucre, 5 grammes; amidon, 10 grammes ; magnésie, 2 grammes ; copahu, 8 grammes.

Que peuvent donc faire 8 grammes de ce baume ? rien, ou à peu près, à moins que le malade ne consente à avaler dans le courant d'une journée 50 à 60 dragées.

Les granules à base d'alcaloïdes offrent des variétés très-grandes dans leur composition ; les unes contiennent 1 milligramme, les autres 2 ; jamais les doses ne sont identiques.

La France exporte au loin les granules et les dragées à base de principes souvent toxiques, mais elle en conservera le monopole alors seulement qu'on aura la certitude que la bonne foi a présidé à leur fabrication. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du traitement des taches de la cornée par le galvanisme (1).

III. *Application de l'électricité à la cure des leucomas.* — Les leucomas étant constitués par des tissus fibreux résultant d'abcès

(1) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 306.

de la cornée ou de phlyctènes purulentes, opposent une barrière infranchissable à l'action thérapeutique du galvanisme. J'ai eu plusieurs fois occasion de l'employer dans des cas de cette nature, et je n'en ai jamais obtenu le moindre résultat avantageux. Cela se conçoit sans peine : on a à lutter contre de véritables cicatrices, pour la résolution desquelles l'action dissolvante de l'électricité ne peut rien. Les quelques améliorations que j'ai pu obtenir ne se sont jamais maintenues. Je dois dire, cependant, que je n'ai jamais eu la douleur de produire des accidents fâcheux.

Conclusion. — Il ressort donc des observations citées plus haut que le galvanisme ne paraît devoir être utile que pour les nuages de la cornée et les véritables albugos. Les premières opacités peuvent disparaître complétement sous l'influence de cet agent curateur, les secondes ne sont détruites que d'une manière incomplète.

Des appareils galvaniques proposés pour dissoudre les taches de la cornée. — Ces appareils sont variés quant à la forme, et leur puissance est loin d'être égale. Il nous a été impossible, d'après ce qu'en dit M. Warlomont dans les Annales d'oculistique, de connaître celui dont s'est servi M. Isiglio, de Corfou. M. Willerand a employé, dans quatre cas d'opacité de la cornée, l'appareil à auges de Daniel. Le courant était produit par une paire métallique. Il appliquait sur le centre de la cornée opaque un bouton d'argent fin arrondi, d'un demi-pouce de diamètre, supporté par une tige entourée de soie et en communication avec le cuivre dans l'appareil à auges par un fil métallique, tandis que le malade tenait dans la bouche un morceau de zinc qui, au moyen d'un autre fil métallique, était en communication avec le zinc de la même paire. Quadri, de Naples, s'est servi de la pile de Bunsen. Il appliqua le pôle charbon à la bouche, et le pôle zinc sur la taie; l'œil s'irrita très-peu ; et dans un cas, le malade accusa une sensation plutôt agréable que pénible; il sentait comme si une surface lisse et veloutée glissait sur son œil, lorsqu'on promenait le bouton du réophore zinc sur la tache.

Ces appareils compliqués et même dispendieux ne méritent pas d'être conservés dans la pratique. M. le docteur Turck s'est servi d'un élément de la pile de Volta, d'environ 6 centimètres de côté. Il écarta les deux lames dans un des angles et les replia un peu en dehors, après les avoir percées d'un trou dans lequel furent attachés des fils qui devaient servir de conducteurs. Ce petit appareil fut mis dans un verre d'eau acidulée avec l'acide chlorhydrique et rempli aux deux tiers. Dès que le dégagement des bulles d'hydrogène annonça

que la pile était en action, l'opérateur plaça le conducteur zinc ou positif dans la bouche, tandis qu'avec le conducteur cuivre ou négatif, il touchait la cornée malade.

Ayant trouvé, dans mes expériences, que la pile de M. Turck était trop faible, j'en ai augmenté la force, donnant environ 14 centimètres carrés; puis, à l'acide chlorhydrique j'ai substitué l'acide sulfurique. A l'aide de cet appareil, je n'ai jamais vu survenir le moindre accident. D'une force plus grande que celui de M. Turck, il m'a paru hâter de beaucoup la résolution des taches de la cornée. Quoi qu'il en soit, que l'on fasse usage de l'appareil de M. Turck ou de celui de Willerand, il faut se rappeler que le pôle négatif de l'appareil, c'est-à-dire celui qui a la propriété de dissoudre l'albugo, doit être appliqué sur la tache, tandis que l'autre doit être placé sur une des parties du corps, la langue de préférence, afin d'établir le courant galvanique.

L'expérience prouve qu'en agissant de la sorte, on n'a point à craindre de donner naissance, par ces attouchements métalliques, à de violentes inflammations dans le globe oculaire; on provoque, durant l'opération, du picotement, un peu de chaleur dans l'œil, l'injection momentanée de la conjonctive, et une abondante sécrétion des larmes : phénomènes qui ne tardent pas à disparaître dès qu'on cesse l'emploi du galvanisme. En employant, au contraire, le pôle positif, on donne parfois lieu à une violente irritation oculaire, à des douleurs vives, et quelquefois à des inflammations qui peuvent compromettre le peu de vision qui reste, et produire des résultats contraires à ceux que l'on désirait obtenir. Je me rappelle, à ce propos, l'observation d'une malade qui, atteinte d'une albugo, n'éprouvait presque aucune douleur, lorsque je touchais sa tache avec le pôle fluidifiant de la pile, et qui en ressentait une très-vive, lorsque je me servais du pôle opposé. En voulant même répéter cette expérience, je donnai lieu à une inflammation qui me força d'interrompre le galvanisme, pour recourir à l'emploi des antiphlogistiques locaux, tels que l'application de sangsues aux tempes, l'usage de collyres laudanisés combinés à l'occlusion des paupières.

C'est pour n'avoir point tenu compte de ces particularités que des auteurs, voyant se développer souvent dans les yeux des ophthalmies, n'ont pas craint d'en accuser le galvanisme, tandis que c'était à leur pratique défectueuse qu'il fallait rapporter de pareils résultats.

I. *Procédé opératoire.* — Le fil métallique terminé par une boule et correspondant au pôle positif de la pile, étant placé sur

la langue du malade, l'opérateur prend de la main droite la tige métallique arrondie à son extrémité et fixée au fil du pôle négatif de la pile, et, la tenant horizontalement entre le pouce, l'index et le médius, il l'applique sur la tache, et la promène sur toute sa surface.

Les séances ne doivent durer que deux ou trois minutes au plus. Sans cette précaution, on courrait le risque de donner lieu à un larmoiement extrêmement abondant, à une fatigue des yeux très-grande, et finalement à une irritation capable de produire des résultats fâcheux.

Ces applications du galvanisme ne peuvent se faire qu'en soulevant les paupières. Si ce malade est docile et peu impressionnable, cette pratique ne souffre aucune difficulté; mais pour peu qu'il existe de l'irritation ou que le patient soit indocile, il est nécessaire de relever les paupières à l'aide des doigts, et mieux avec les élévateurs de Bonnet ou de Jules Guérin. Ceux de ce dernier auteur sont préférables, parce qu'ils peuvent être appliqués sur un des plis extérieurs de ces voiles membraneux, et qu'ils produisent moins d'irritation.

Quelquefois, et cela s'observe chez les jeunes sujets, les yeux, impressionnés par le contact de la tige métallique, se cachent aussitôt sous la paupière supérieure, et rendent les attouchements de la tache sinon impossibles, du moins très-difficiles. Il faut alors recommander au malade de regarder en bas, et saisir le moment où le globe oculaire s'abaisse pour toucher l'opacité. Cette manœuvre ne réussissant pas toujours, on peut avoir recours alors à des pressions sur la paupière supérieure capables d'empêcher l'œil de se porter en haut, ou bien on fixe le globe oculaire avec une pince, de la même manière que si l'on voulait pratiquer l'opération de la cataracte par extraction. La pince qu'a imaginée M. Desgranges nous semble devoir être utilisée en cette circonstance avec succès.

Il y a de jeunes enfants atteints de taches de la cornée coïncidantes avec une photophobie assez intense. La constriction des paupières ne permettant pas l'usage régulier des élévateurs, les applications du galvanisme deviennent très-difficiles, sinon impossibles à réaliser. Il faut alors s'attacher à vaincre cette photophobie ou blépharoptose, et dans ce but, les frictions des paupières avec l'extrait de belladone, et mieux l'instillation entre ces voiles membraneux d'un collyre au sulfate d'atropine, nous paraissent fort utiles.

II. *Des phénomènes immédiats produits par l'application du gal-*

vanisme. — Ces phénomènes sont : 1° des douleurs de tête assez vives : on peut les combattre facilement par des pédiluves, et en espaçant de plus en plus les applications de l'électricité ; 2° un larmoiement considérable. Cette sécrétion exagérée du liquide destiné à lubrifier le globe oculaire n'a rien d'inquiétant, puisqu'elle cesse aussitôt que la séance de galvanisme est terminée ; 3° une injection des vaisseaux capillaires de la conjonctive, et quelquefois une inflammation de cette muqueuse. On remédie à ce dernier accident par le repos de l'organe de la vision, l'occlusion des paupières et la suspension momentanée du galvanisme.

La tache de la cornée peut être quelquefois entourée d'un cercle de vaisseaux sanguins, dont quelques-uns, s'irradiant jusqu'à son centre, y portent des matériaux nutritifs. Il est nécessaire, dans des cas semblables, de faire l'excision des vaisseaux de la conjonctive avant de tenter l'application du galvanisme. Les procédés indiqués par MM. Bouchacourt et Berne nous paraissent devoir être utilisés avec avantage en pareille occurrence.

III. *Des contre-indications du galvanisme.* — Le galvanisme étant destiné à résoudre les taches de la cornée, il faut en suspendre les applications lorsque l'on voit cette membrane se ramollir, ou qu'il existe des kératites aiguës. Sans cette précaution, on pourrait s'exposer à une fonte de l'œil, accident arrivé à M. Crussel, de Saint-Pétersbourg.

R. PHILIPEAUX, D. M.
de Lyon (Rhône.)

BIBLIOGRAPHIE.

De l'état nerveux aigu et chronique, ou nervosisme, appelé névropathie aiguë cérébro-pneumo-gastrique, diathèse nerveuse, fièvre nerveuse, cachexie nerveuse, monopathie protéiforme, névrospasmie, et confondu avec les vapeurs, la surexcitation nerveuse, l'hystéricisme, l'hystérie, l'hypocondrie, l'anémie, la gastralgie ; professé à la Faculté de médecine en 1857, et lu à l'Académie impériale de médecine en 1858, par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc.

Etait-il bien nécessaire de fabriquer un nom nouveau pour désigner une aussi vieille chose que l'état nerveux ? D'un autre côté, cette nécessité supposée établie, le mot *nervosisme* traduit-il mieux à l'esprit, que les termes qu'il aspire à remplacer, l'ensemble des phénomènes qu'il s'agit d'exprimer et de décrire nosologiquement ? Telles sont les deux questions que nous aurions désiré que notre sa-

vant et intelligent confrère se fût tout d'abord posées ; et peut-être alors, au lieu de surcharger d'un mot nouveau la plantureuse terminologie relative à la pathologie nerveuse, se serait-il contenté du langage commun qui, s'il montre, par sa diversité même, l'incertitude des idées qu'il a pour but d'exprimer, montre au moins les aspects divers sous lesquels peuvent être considérés et ont été tour à tour considérés les problèmes complexes qu'il s'agit ici de résoudre. Depuis l'intrusion dans la science de la nomenclature aussi chinoise que grecque d'un célèbre professeur, tout mot nouveau qui, d'aventure, se montre à l'horizon de la littérature médicale, nous agace et nous force à nous mettre en garde comme pour défendre la science contre une nouvelle invasion des barbares. Sans doute, quand un fait nouveau est saisi, quand un nouveau rapport est signalé, quand une idée originale naît dans la tête d'un homme de génie, il peut se faire que la langue manque de termes qui puissent exprimer ce fait ou ce rapport et traduire cette idée ; mais cela est rare, même dans notre langue, et le néologisme couvre bien plus d'erreurs qu'il ne traduit de vérités. Telle est, en quelques lignes, notre humble opinion sur l'invention de tous ces mots nouveaux dont le besoin se fait très-peu sentir. Que M. Bouchut nous pardonne tout d'abord de l'avoir exprimée en parlant de son livre : en suivant une telle pente, on arriverait infailliblement au chaos, et nous ne voudrions pas qu'un esprit aussi net et aussi français que le sien concourût, avec les cervelles creuses qui, comme le paysan de Dryden, sifflent, parce qu'elles ne pensent pas, à précipiter la science dans cette direction funeste.

Ceci étant donc bien établi, que, sous le nom de nervosisme, il n'y a aucun fait nouveau de l'ordre pathologique, mais seulement un ensemble de phénomènes que l'auteur a cru devoir grouper sous cette nouvelle rubrique, examinons sommairement comment le médecin de Sainte-Eugénie s'est acquitté de cette tâche bien plus critique que dogmatique, efforçons-nous de montrer dans quelle mesure cette nouvelle tentative de réduction nosologique dans la pathologie nerveuse peut servir et servira la pratique, à laquelle M. Bouchut, en esprit positif, pense toujours, quelle que soit la question qu'il traite.

Comme l'auteur le dit quelque part lui-même, c'est surtout aux dépens de l'hystérie et de l'hypocondrie qu'il s'est efforcé de constituer la névrose générale à laquelle il donne le nom de nervosisme aigu, si elle affecte cette marche ; chronique, si elle affecte la marche contraire. Mais, après avoir posé d'une manière générale

ce que nous venons de dire, l'auteur conclut de la manière suivante : « Ainsi, dit-il, des maladies, qu'on a souvent désignées sous les noms de dyspepsie, de gastralgie, d'aliénation mentale, de paralysie générale, de toux nerveuse, de palpitations, de paralysie, de délire, etc., etc., par suite de leur phénomène principal, ne sont pour moi que le symptôme secondaire d'un ensemble morbide plus complexe, bien déterminé, et où se trouvent d'autres désordres du système nerveux, dépendant d'une cause toute générale et appartenant à la névrose, que je me propose de faire connaître. » Assurément, tous ces accidents peuvent isolément se montrer comme des déterminations morbides secondaires de l'état nerveux ; mais, en vérité, il est bien loin d'en être toujours ainsi, et, pour nous en tenir à celles de ces déterminations qui se présentent si souvent dans la pratique, rien n'est plus commun que de rencontrer de la dyspepsie, de la gastralgie, des palpitations, chez les individus en proie à une surexcitation nerveuse primitive, secondaire et symptomatique ; mais ce qui n'est pas moins certain, c'est que gastralgie, dyspepsie et palpitations, peuvent également se montrer, et se montrent fréquemment chez des sujets où l'analyse la plus attentive ne parvient à saisir aucun des caractères de cette surexcitation générale ; c'est d'emblée que se produisent ces déviations, ces perversions de la vie nerveuse locale, et c'est directement aussi et par des médications qui ne dépassent point la portée d'une médication locale, qu'on les fait disparaître. M. Bouchut est tombé, sur ce point, dans un excès de généralisation contre lequel il était tout d'abord nécessaire de défendre le lecteur : nous sommes convaincu qu'il aura suffi de l'avertir pour qu'il ne suive pas l'auteur jusqu'au bout de cette erreur.

Quand, après avoir défini le nervosisme, et en avoir saisi nettement la conception plus ou moins précise, mais réelle, telle que l'ont comprise un certain nombre d'auteurs, M. Bouchut vient à traiter de l'étiologie de la maladie, et de ses symptômes, il est impossible de ne pas reconnaître que le savant médecin de Sainte-Eugénie met en plus vive lumière quelques points intéressants des problèmes qu'il s'efforce tour à tour de résoudre. Pendant que la médecine exclusivement localisatrice concentre l'attention sur de purs effets, et fait abstraction, faute de les voir, des liens, des rapports qui unissent entre eux les phénomènes morbides, M. Bouchut met surtout en évidence ces rapports, élargit le point de vue, en prépare évidemment une thérapeutique, et une hygiène plus efficace. Sur tous ces points, d'ailleurs, notre laborieux confrère ne se

contente pas de faire la théorie de ces rapports, il a semé dans son livre une foule d'observations extrêmement intéressantes, et qui montrent ces rapports en quelque sorte en action. Pourtant nous ferons sur ce point une remarque : nul plus que nous ne pense, que c'est véritablement mutiler la science, que la séparer du passé, et ne considérer comme dignes d'attention que les faits qui ont été observés hier. Mais nous ne voudrions pas non plus qu'on tombât sur ce point dans une sorte de fétichisme fort peu philosophique, et que tout dans cet héritage fût accepté sans contrôle. M. Bouchut fait un grand cas des travaux de Tissot; mais ne se trompe-t-il pas quelque peu sur la vraie mesure du médecin suisse? Nous avons peur que Tissot n'ait fait un peu de la médecine, comme les romanciers font de l'histoire, et que dans ses prolixes élucubrations il n'y ait plus de fantaisie que de logique sévère. A ce compte, et si cette appréciation était vraie, Tissot ne serait qu'une autorité douteuse, et l'on ne devrait s'appuyer sur elle qu'avec une très-grande circonspection. Heureusement, les nombreuses observations dont M. Bouchut a enrichi son livre, sont pour la plupart de meilleur aloi, et même quand elles ne sont pas siennes, elles portent des noms qui inspirent plus de confiance.

Si, dans l'examen sommaire que nous venons de faire de la partie dogmatique de l'ouvrage du médecin de Sainte-Eugénie, nous avons mis quelque mesure dans notre éloge, il n'en sera pas de même de la dernière partie, qui mérite d'être louée sans aucune espèce de restriction : il s'agit dans cette partie de thérapeutique. L'auteur assigne quatre buts principaux à celle-ci dans le traitement du nervosisme : il faut d'abord attaquer la cause du mal quand celle-ci est accessible; il faut, dans une foule de cas, fortifier la constitution, car c'est souvent sous l'influence de la chloro-anémie que le nervosisme, sous ses formes variées, se développe. Les accidents locaux peuvent et doivent également être combattus, quand l'art est en possession de modificateurs qui peuvent le conduire à ce résultat; enfin, s'il surgit des complications, il faut obéir expressément aux médications spéciales qui sortent de cette source. Non-seulement, sur ce point important, l'auteur n'a omis aucun des moyens, aucune des médications que peut appeler l'état nerveux, sous les formes infiniment variées qu'il peut revêtir, mais il a fait une étude sage et complète d'une de ces médications les plus puissantes, je veux parler de l'hydrothérapie. M. Bouchut ne s'est pas contenté ici de ce que son expérience personnelle a pu lui enseigner, il a mis largement à contribution les recherches d'un maître en cette matière, M. Gilbert

d'Hercourt. Il y a, dans l'enseignement du médecin de Lyon sur ce point, et que reproduit M. Bouchut, une lucidité de vues, une vérité d'induction, une prudence de pratique, qui méritent au plus haut degré de fixer l'attention. Si le livre du médecin de Sainte-Eugénie donne à ces vues, à cette pratique plus d'étendue, il reçoit à son tour de celles-ci une clarté d'application qui met en plus grande évidence sa valeur réelle.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Régénération chirurgicale des os. — Observation d'extirpation sous-périostale de la diaphyse du tibia. — M. Maissonneuve vient d'adresser à l'Académie des sciences une note que nous croyons devoir reproduire :

« Depuis les beaux travaux de M. Flourens sur le périoste, comme organe formateur et régénérateur des os, la chirurgie, naguère encore si prompte à proposer d'horribles mutilations dans les cas de lésions osseuses, tend chaque jour à devenir plus conservatrice, non pas en restant inactive, mais au contraire en puisant dans la connaissance plus précise des ressources de la nature une nouvelle énergie pour ses entreprises opératoires. C'est ainsi que des opérations, considérées encore par beaucoup de chirurgiens comme des entreprises folles et irréalisables, sont devenues pour les malades d'inestimables bienfaits. Déjà, sous l'influence de cette idée féconde, il m'a été donné de pratiquer un certain nombre de ces opérations sous-périostiques, qui, chose admirable et certainement unique dans l'histoire pathologique de l'homme, permettent de supprimer complétement un organe malade, et d'obtenir à sa place la reproduction d'un nouvel organe sain.

« Je me propose de réunir un peu plus tard en un faisceau tous les faits de cet ordre qui depuis quelques années se sont produits dans ma pratique. Pour l'instant je me contenterai de dire qu'ils forment déjà quatre groupes, suivant qu'ils appartiennent :

« 1° A des os nécrosés en partie ou en totalité, avec ou sans leur surface articulaire; 2° à des os affectés simplement d'ostéite; 3° à des os atteints de dégénérescences diverses; 4° à des os sains, l'ablation en ayant été nécessitée par des circonstances spéciales, comme par exemple le besoin d'ouvrir une voie artificielle pour aller profondément chercher quelque tumeur.

« En attendant qu'il m'ait été possible de coordonner tous ces

éléments, je me contenterai de soumettre à l'Académie un des faits les plus remarquables de la première catégorie.

« Il s'agit d'un jeune homme dont la jambe était dans un tel état de désorganisation, que les chirurgiens les plus éminents, parmi lesquels il me suffira de citer M. Velpeau, avaient décidé l'amputation de la cuisse. Grâce à l'extirpation sous-périostale du corps entier du tibia, exécutée d'après les idées émises par M. Flourens, ce jeune homme a non-seulement évité les terribles chances d'une amputation qui, dans la statistique générale, donne 60 décès sur 100, mais encore il a conservé son membre dans toute l'intégrité de sa forme, de sa souplesse et de sa vigueur.

« Chez ce jeune homme, l'extirpation du corps du tibia a été complète, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur l'os lui-même que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie. Il est, comme on peut le voir, long de 30 centimètres, épais de 3 à sa partie supérieure, de 2mm,5, à sa partie inférieure. Ses trois faces sont lisses et compactes dans toute leur partie inférieure, rugueuses et boursouflées dans le tiers supérieur.



« Voici, du reste, les détails de cette observation :

« Je fus consulté, dans le mois d'août 1855, pour le jeune V***, dont la jambe droite était dans un état affreux. Son volume était triple ou quadruple de l'état normal, sa surface était labourée d'ulcères profonds, à travers lesquels on reconnaissait que l'os principal, le tibia, était mortifié dans toute l'étendue de sa diaphyse.

« Ce jeune homme me dit que deux ans auparavant il avait fait à la gymnastique une chute violente, que depuis lors il avait commencé à ressentir des douleurs sourdes dans la jambe, que bientôt aux douleurs se joignit une tuméfaction générale, puis des abcès, et peu à peu tout le cortége des accidents actuels :

« Suppuration excessive et fétide, tuméfaction énorme du membre, amaigrissement extrême, fièvre hectique, marasme, etc.

« Ses parents me dirent qu'ils avaient épuisé successivement toutes les ressources de la médecine, que plusieurs des chirurgiens les plus éminents de Paris avaient été unanimes pour décider l'amputation de la cuisse, et que M. Velpeau, à qui l'on avait en dernier lieu soumis la question, avait déclaré que cette amputation

était non-seulement nécessaire, mais qu'elle était urgente, et que toute pensée de conserver le membre ne pouvait être qu'une utopie.

« Malgré ces imposantes autorités, et confiant dans la puissance réparatrice du périoste si positivement démontrée par M. Flourens, et dont j'avais eu déjà l'occasion de voir des exemples remarquables, j'engageai les parents de ce jeune homme à me laisser exécuter l'extirpation sous-périostique de l'os mortifié, de préférence à l'amputation de la cuisse. Cette proposition ayant été agréée, je procédai à l'opération le 21 août 1855.

« Le malade étant soumis au chloroforme, et dans un état d'insensibilité complète, je fis sur toute la longueur de la face antérieure du tibia une incision longue de 35 centimètres, et pénétrant jusqu'à l'os malade, à travers le périoste, qui était épaissi et déjà doublé d'une couche osseuse nouvelle, molle et spongieuse. A chacune des extrémités de cette énorme incision, j'en pratiquai une autre transversale, de manière à obtenir une sorte de longue porte à deux battants pour pénétrer jusqu'au foyer du mal. Je pus alors constater que le tibia était entièrement mortifié dans toute la longueur et toute l'épaisseur de sa diaphyse, qu'il ne restait de sain que les deux épiphyses articulaires.

« Je procédai dès lors, sans aucun retard, à l'isolement de l'os mortifié, que je parvins, non sans peine, à extraire complétement.

« Les suites de cette opération si longue et si difficile furent d'une simplicité vraiment remarquable. La fièvre traumatique fut des plus modérées ; la suppuration, antérieurement si abondante et si fétide, se modifia comme par enchantement, pour faire place à une suppuration franche et de bonne nature, et, chose vraiment presque incroyable, dès le quarantième jour le jeune malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles, comme s'il se fût agi d'une simple fracture.

« L'os s'était reproduit d'une manière complète, à tel point que si je n'avais conservé l'os enlevé, j'aurais pu douter moi-même de la réalité du fait.

« Aujourd'hui ce jeune homme est fort et vigoureux, sa jambe anciennement malade ne diffère en aucune façon de l'autre, elle a grandi et grossi comme elle, elle ne s'en distingue que par une longue cicatrice, seule trace de la terrible opération dont nous avons parlé ; elle lui permet de courir, de sauter, de chasser comme s'il n'avait jamais subi d'opération, et sans que l'œil le plus exercé puisse reconnaître quelle a été la jambe antérieurement malade. »

Extirpation sous-périostale du maxillaire inférieur droit. — Pour compléter la démonstration de cette première catégorie, M. Maisonneuve a soumis à l'Académie un second fait non moins intéressant, qui démontre que les surfaces articulaires elles-mêmes peuvent se reproduire. Il s'agit d'un os maxillaire inférieur droit enlevé en totalité, y compris son condyle articulaire, et qui s'est reproduit d'une manière si parfaite, qu'il est presque impossible de dire actuellement si c'est l'os du côté droit ou celui du côté gauche qui a été extirpé.

« Voici la relation succincte de ce fait, que j'avais déjà soumis à l'examen de l'Académie de médecine, peu de temps après la guérison du malade :

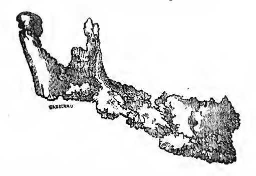
« Esminger (Philippe), âgé de trente-cinq ans, scieur de long, vint à l'hôpital de la Pitié le 8 novembre 1854, pour y être traité d'une affection grave de la mâchoire inférieure. Cet homme me raconta que depuis six mois environ il avait, sans cause à lui connue, commencé à ressentir dans la mâchoire des douleurs sourdes, et que le mal avait fait des progrès jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. La joue du côté droit présentait une tuméfaction énorme ; à la surface s'ouvraient quatre trajets fistuleux par lesquels le stylet pénétrait facilement ; deux de ces trajets existaient près de la symphyse du menton, un troisième à l'angle des os, le quatrième au niveau de l'articulation temporo-maxillaire ; le pus qui s'écoulait de ces fistules était d'une fétidité extrême. Quant à la santé générale, elle était profondément altérée ; il était évident pour moi que l'os maxillaire inférieur du côté droit était mort dans toute son étendue. Je proposai au malade de l'en débarrasser, lui faisant espérer qu'un nouvel os pourrait se reproduire. L'opération ayant été acceptée, j'y procédai le 18 novembre 1854.

« Le malade étant soumis au chloroforme, je fis sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et du menton une incision verticale ; de l'extrémité inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde, que je prolongeai parallèlement au bord inférieur de la mâchoire jusqu'au-dessous du muscle masseter. Le lambeau circonscrit par ces deux incisions comprenait non-seulement les parties molles, mais encore le périoste doublé déjà d'une nouvelle couche osséuse en voie de formation et qui recouvrait la surface externe du séquestre. Ce lambeau, disséqué rapidement, fut relevé de manière à mettre à découvert toute la branche horizontale de l'os nécrosé. Je procédai ensuite à l'isolement du séquestre, en ayant soin de conserver intactes les gencives et les dents qui s'y trouvaient im-

plantées. Ce temps de l'opération fut exécuté avec un bonheur tel, que je pus extraire la totalité de l'os, y compris sa branche verticale avec son apophyse coronoïde et son condyle, en laissant les dents suspendues à leurs gencives. C'était une chose curieuse à voir que cette rangée d'ostéides, attachées seulement à la membrane gingivale, et flottant comme les grains d'un chapelet. Après cette extirpation, le lambeau fut réappliqué avec soin au moyen de nombreux points de suture et d'un bandage approprié.

« La réunion de cette vaste plaie se fit avec une promptitude extrême : les dents restées appendues aux gencives se consolidèrent par le rapprochement des deux lames ossifiées du périoste. La réunion de la lèvre sur la ligne médiane se fit si parfaitement, qu'il restait à peine trace de l'opération.

« La pièce, après avoir été mise sous les yeux de l'Académie de médecine, a été déposée au musée Dupuytren et reproduite par M. Léveillé en un dessin d'une exactitude parfaite.



« Plusieurs années se sont écoulées depuis lors : la nouvelle mâchoire s'est reconstituée si complète et si exacte, qu'on a peine à reconnaître de quel côté l'opération a eu lieu, ainsi qu'on peut s'en convaincre en examinant le malade, qui est actuellement un homme vigoureux et bien mangeant, et qui remplit les fonctions d'infirmier dans mon service. J'ajouterai seulement que les dents, après deux ou trois ans, ont fini par tomber l'une après l'autre. »

Exemple de la régénération du tibia et du péroné.—A propos des précédentes communications, M. Richarme (de Rive-de-Gier) a adressé à M. Flourens le fait suivant :

« J'ai lu dans les journaux que vous vous occupiez de la régénération des os. J'ai observé cette régénération dans une multitude

de cas de fractures, et je ne parlerai ici que du plus extraordinaire : c'est la génération osseuse qui a remplacé le tibia et le péroné, y compris les deux malléoles jusque près de l'articulation du genou, c'est-à-dire plus des trois quarts de ces deux os : c'était une roue de waggon de chemin de fer qui avait passé sur la jambe du blessé. Six mois après l'accident, la jambe était devenue énorme, avec de nombreuses fistules qui avaient la profondeur de 6 à 7 centimètres, jusqu'à toucher l'os nécrosé. Il a fallu élargir les fistules, du genou aux malléoles, les unes après les autres, briser les os nécrosés avec une percerette ordinaire, et retirer les morceaux avec de forts crochets. Il fallait ensuite laisser reposer le blessé, et j'y ai employé environ quinze séances de demi-heure à une heure, pendant six mois, avant d'en venir à bout; après une séance, je m'assurais de ce que j'aurais à faire à la séance suivante ; le dernier morceau du tibia ôté avait 6 centimètres de longueur au moins. Peu à peu la jambe a diminué de volume et était presque revenue au volume de l'autre : elle était devenue carrée et avait perdu sa forme arrondie.

« L'os de nouvelle formation enveloppait, comme un étui, l'os primitif nécrosé. Je l'ai enlevé successivement, des malléoles au genou. Sa densité tenait le milieu entre le compacte et le spongieux. Son épaisseur était de plus de 1 centimètre, sa forme stalactiforme. Au bout de quelques mois, le blessé a pu reprendre un service de waggonier au chemin de fer où il était auparavant postillon (les chevaux dans ce temps-là traînaient les waggons) ; il ne boitait nullement, et les articulations du pied et du genou jouaient parfaitement, sans être nullement ankylosées. Il sautait sur les waggons comme auparavant. Si dans ce temps j'avais connu le chloroforme, l'opération n'aurait pas été si longue.

« A ce blessé, j'avais proposé l'amputation de la jambe; il préféra souffrir davantage et conserver son membre.

« Depuis les barricades latérales aux chemins de fer, il y a trente ou quarante fois moins d'accidents. Dans ma station de 12 kilomètres, j'avais auparavant presque constamment huit blessés et un mort ou tué tous les quinze jours. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acide arsénieux (*Nouvelles remarques sur les effets physiologiques et thérapeutiques de l'*). Les dangers que présente la médication arsenicale, lorsqu'elle est mal formulée, nous font un devoir de continuer à enregistrer avec soin tous les travaux qui ont pour but de guider les praticiens dans l'emploi de ce puissant et redoutable agent. A ce titre, nous devons une double mention et du travail entrepris, par M. Sistach, médecin militaire, et du rapport que M. Moutard-Martin vient de faire à la Société médicale des hôpitaux. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de donner un extrait du rapport de M. Moutard-Martin.

« Administré à prises très-fractionnées, dit ce médecin, le médicament n'a jamais déterminé ni épigastralgie, ni vomissements, ni diarrhée, ni coliques, pas de modifications du pouls, pas d'élévation de température.

« Au début du traitement, l'appétit augmente rapidement, ce que l'auteur attribue à la disparition de la fièvre et aux vomitifs administrés; il donne pour preuve que, si l'on continue l'acide arsénieux à la dose initiale après la disparition des accès, l'appétit cesse, et il faut recourir de nouveau aux vomitifs. Mais, par contre, si, dès que la fièvre est coupée, on diminue la dose d'acide arsénieux, il détermine une stimulation telle que l'appétit prend des proportions insolites. « Nous « ne saurions trop insister, dit l'au- « teur, sur la propriété que possède « l'acide arsénieux à petites doses « d'accroître rapidement l'appétit et « de relever les forces des malades. »

« Votre rapporteur peut s'appuyer sur ses propres observations pour confirmer cette proposition. Administrant l'acide arsénieux à doses variant de cinq milligrammes à deux centigrammes à tous les phthisiques qui entrent dans ses salles, il a vu un grand nombre de fois l'appétit se réveiller de la manière la plus remarquable, les malades prendre de l'embonpoint et des forces, mais malheureusement l'état local des poumons ne s'améliore pas comme l'état général, et si jusqu'à ce jour il a été obtenu de notables améliorations, il ne nous a pas encore été donné de voir de guérisons par ce traitement. »

Mais M. Sistach appelle l'attention sur un fait important et dont l'observation lui appartient, je crois. Les malades supportent parfaitement l'acide arsénieux, tant qu'ils ont la fièvre, à quelque heure qu'on l'administre, pourvu que le fractionnement soit suffisant, et, dans ce cas, il augmente l'appétit; mais aussitôt que la fièvre est coupée, l'arsenic à petites doses, donné jusqu'à l'heure des repas, diminue l'appétit; de même qu'administré aussitôt après le repas, et d'une manière régulièrement continue, il provoque souvent le vomissement.

« M. Sistach a toujours vu l'acide arsénieux, à la dose de trois centigrammes par jour, administré en quatre fois, être parfaitement supporté tant que la fièvre dure, mais déterminer des douleurs stomacales aussitôt qu'elle a disparu. Nous avons vu ce fait se produire dans le service du professeur Chomel, en 1849, même pendant que les malades avaient encore la fièvre, et sur quatre malades traités d'après les indications écrites par M. Boudin lui-même, il fallut une fois cesser la médication, à cause des vomissements produits, une autre fois à cause de douleurs stomacales vives.

« Sous l'influence de l'acide arsénieux à assez haute dose, on voit la langue se couvrir d'un enduit blanc argenté, qui augmente d'épaisseur et change de coloration lorsqu'on prolonge la même dose; ce phénomène, attentivement observé par M. Sistach, lui sert d'indication précieuse pour diminuer la dose d'acide, et alors on voit rapidement disparaître cet enduit et l'appétit renaître.

« Enfin, l'auteur a observé des éruptions sur le cou, la face, les pieds, les mains, des conjonctivites, des œdèmes de la face ou seulement des paupières, tout cela disparaissant par le seul fait de la diminution de la dose d'arsenic.

« Un des points les plus saillants, sans contredit, du travail de M. Sistach, c'est tout ce qui a rapport à la tolérance de l'arsenic par les malades atteints de fièvres intermittentes, qui peuvent impunément, et sans aucune souffrance, prendre des doses d'acide arsénieux qui suffiraient pour déterminer au moins des symptômes graves chez des individus sains.

« En résumé, dit l'auteur, l'efficacité « et l'innocuité de la médication arséni- « cale reposent : 1° sur la tolérance du

« malade au début du traitement pour « des doses élevées d'acide arsénieux; « 2° sur la nécessité de la diminution « de la dose, dès la cessation définitive « des accès; 3° sur l'importance du « fractionnement. »

Chloroforme (*Moyen très-simple de prévenir les vomissements qui succèdent aux inhalations du*). Il est un bon nombre de sujets qui, à la suite de la chloroformisation, sont pris de vomissemonts. Suivant M. le docteur Fischer, en prenant le soin de faire ingèrer un verre de vin, quinze à vingt minutes avant l'inhalation anésthésique, on met ses patients à l'abri de cet accident. Cette pratique a encore l'avantage de prévenir la production des syncopes, dangers bien plus considérables. (*Wien. allg. med. Zeit.*, et *Journ. de Bruxelles*, avril.)

Démence (*Curabilité de la*) *consécutive aux accès d'épilepsie*. La curabilité de la démence à l'état de simplicité est admise par les uns, niée par les autres; mais elle est niée par le plus grand nombre des médecins lorsqu'elle se trouve compliquée, soit d'épilepsie ou de paralysie générale. Dans le fait suivant, rapporté par M. le docteur Berthier, médecin de l'asile de Bourg, on verra un exemple de guérison de la démence consécutive aux accès d'épilepsie, guérison qui n'a malheureusement pas été persistante, mais qui, dans ses limites temporaires, n'est pas moins un motif d'encouragement à poursuivre des efforts thérapeutiques dans cette direction.

Mlle C*** était arrivée jusqu'à l'âge de dix-sept ans, sans encombre, lorsqu'elle commença à se plaindre de maux de tête et de vertiges qui furent combattus par une médication antiphlogistique. Une nuit, à la suite d'une saignée abondante, elle fut prise subitement de convulsions épileptiques, qui se renouvelèrent d'abord à de rares intervalles, et auxquelles se mêlèrent parfois des crises purement hystériques. Cet état resta stationnaire pendant plusieurs années, malgré divers traitements. Ce n'était que tous les trois mois que l'épilepsie se manifestait; plus tard ce fut tous les mois, pendant la durée des règles et par séries très-intenses. Enfin, l'intelligence fut entraînée dans la perturbation organique, et des accès maniaques qui compliquèrent ces crises obligèrent à la placer dans une maison de santé. C'était au mois d'avril 1857; elle avait alors près de vingt-sept ans, et il y avait dix ans qu'elle était en proie aux mêmes souffrances: une mémoire infidèle, une volonté machinale, des conceptions lentes, obscures, une agitation fréquente, composaient un groupe de symptômes aussi redoutables pour la malade que pour les personnes chargées de la gouverner. On jugea toute indication inutile.

Cependant une année après, M. Berthier ayant pris la direction du service entreprit de la traiter, bien qu'il ne comptât guère sur le succès. Il la soumit à l'extrait de belladone, qui fut porté à la dose de 50 centigrammes par jour, et qui enraya les crises pendant plus de sept semaines; mais sans que l'état mental en retirât le plus léger avantage. Du reste, l'action du remède, comme il arrive presque toujours, l'épuisa, et on vit survenir des séries incalculables de crises. M. Berthier renonça à tout traitement. L'année suivante s'écoula sans qu'il lui vînt la pensée d'en instituer un autre.

Au mois de janvier 1860, les signes de la démence étaient depuis longtemps confirmés. Frappé alors de la coïncidence qui existait entre les palpitations de cœur et la recrudescence de l'érysipèle d'une part, et la coïncidence de la recrudescence des crises avec l'existence de congestions d'autre part, M. Berthier prescrivit la solution de Cornélius (digitale et cannelle) à dose progressive.

Sous l'influence de ce contro-stimulant, les palpitations s'apaisèrent, puis les crises diminuèrent et ne se reproduisirent plus qu'aux époques menstruelles. Au mois d'avril on cesse la digitale; les crises reparaissent ainsi que les palpitations. On reprend aussitôt la digitale. Le mois de juin s'écoule sans accidents, et l'on cesse définitivement la digitale à la fin de juillet. Un changement extraordinaire s'était manifesté chez la malade : l'intelligence était redevenue lucide, le caractère avait repris sa douceur ordinaire, les sentiments affectueux s'étaient manifestés de nouveau; mais la satisfaction que fit naître ce changement ne fut malheureusement pas de longue durée. Le 11 août, après l'écoulement des règles, les palpitations revinrent, suivies de crises, et celles-ci, à leur tour, bientôt suivies du retour de la démence. L'administration de la digitale n'eut pas cette fois le même succès. On finit par renoncer à toute médication. Nous n'en signalons pas

moins ce fait comme une tentative qui mérite d'être imitée et poursuivie à l'occasion. (*Archiv. cliniq. des malad. ment.*, janvier 1861.)

Eponge comprimée *dans le traitement des rétrécissements du rectum, de l'urètre et de certaines tumeurs, etc.* L'usage de l'éponge, préparée comme moyen de compression excentrique ou de dilatation des conduits naturels ou murbides, est devenu presque vulgaire aujourd'hui en chirurgie. Néanmoins, on n'en a peut-être pas tiré tout le parti possible dans un grand nombre de circonstances, et l'on pourra trouver quelques indications utiles à suivre dans le résumé suivant des études pratiques, que M. le docteur Batchelder, de New-York, a faites de ce moyen thérapeutique.

Les abcès mammaires ont fourni à M. Batchelder de nombreuses occasions d'appliquer l'épouge comme moyen de compression; voici comment il l'applique : des pièces d'éponge, de la largeur du sein, convenablement préparées, c'est-à-dire fortement comprimées, après avoir été préalablement saturées dans une solution de gomme arabique, sont appliquées sur l'organe malade et fixées par un bandage fortement serré. Alors on mouille l'éponge avec de l'eau froide, et comme le bandage prévient son expansion en dehors, l'éponge se dilate du côté de la partie malade et la comprime. Bientôt, l'eau s'échauffe à la température du corps, et l'on a ainsi tous les éléments d'un cataplasme avec les avantages d'une compression à la fois douce et ferme.

Sous forme de tente ou bougie cylindrique, les applications que ce médecin a faites de l'éponge sont nombreuses et variées.

Introduite dans le col utérin, elle a servi à dilater ce canal, dans des cas de stérilité ou de meustruation difficile, et dans le traitement de diverses affections de cet organe.

Employée à la dilatation des sinus fistuleux, elle en a amené la guérison. Dans la fistule à l'anus, en entretenant ouvert l'orifice externe et donnant ainsi un libre écoulement au pus, elle a prévenu l'extension de la fistule et souvent l'ulcération de l'intestin.

Appliquée aux trajets fistuleux des os malades, elle a produit, dans l'espace d'une semaine ou d'une quinzaine de jours, des dilatations suffisantes pour permettre l'ablation facile d'un séquestre ou d'une portion d'os carié. Elle a pu même, dans ce dernier cas, amener la rapide production de granulations roses et de bonne apparence, et la cicatrisation de l'os malade.

Le conduit auditif, les cavités nasales ont été dilatés par l'éponge préparée, dans les cas qui nécessitaient la dilatation de ces organes.

Des rétrécissements du rectum ont été guéris par ce moyen, qui a réussi aussi à détruire des tumeurs sanguines de cet organe.

Appliquée avec succès à la dilatation de l'urètre chez la femme, la bougie d'éponge préparée aurait réussi également dans quelques cas de rétrécissement de l'urètre chez l'homme. (Il y a évidemment des réserves à faire à l'égard de cette dernière application, jusqu'à ce que des faits plus précis aient été exposés.)

Enfin, M. Batchelder a employé l'éponge préparée comme agent de compression, dans des cas de tumeurs malignes. « La compression exercée par l'expansion de l'éponge préparée, dit-il, altère les cellules cancéreuses et les chasse du lieu qu'elles occupent!!... » Appliquée à des tumeurs bénignes, l'éponge préparée a donné des résultats favorables que l'esprit est beaucoup plus disposé à accepter. Des tumeurs des mâchoires, des glandes scrofuleuses de diverses régions ont été détruites par ce moyen; des gonflements des jointures ont cédé à la compression pratiquée de cette façon, que ces gonflements fussent dus à une hypersécrétion séreuse ou synoviale, ou à la présence de quelque autre liquide. Enfin, dans les varices des membres, la compression obtenue par ce moyen a donné, paraît-il, de bons résultats.

Beaucoup de ces assertions sont à vérifier. (*The New-York Journ. of medicin.* et *Gaz. méd. de Paris*, mars, 1861.)

Hernie inguinale *étranglée ; extrait de belladone à l'intérieur ; guérison.* L'emploi de la belladone à l'intérieur, pour faciliter la réduction d'une hernie étranglée, n'est pas un moyen nouveau, mais c'est d'une application nouvelle et heureuse de ce moyen que nous voulons entretenir nos lecteurs.

Un homme de soixante-huit ans portait depuis une vingtaine d'années une hernie inguinale droite, qu'il faisait très-facilement rentrer lui-même et qui ne lui avait jamais causé le plus

léger accident. Le 2 novembre, il était occupé aux travaux des champs, lorsqu'à la suite d'un effort, sa hernie se déroba à la pression du bandage, sortit plus brusquement que de coutume, et tout aussitôt il éprouva de si violentes coliques, qu'on fut obligé de le porter chez lui. Ce ne fut qu'après avoir longtemps et vainement tenté la réduction, qu'il se décida à appeler un médecin. M. Adet de Roseville le trouva dans un état de grande anxiété, le pouls petit, fréquent, quelques éructations, pas de vomissements; l'intestin descendu dans le scrotum formait une tumeur dure, lisse, oblongue et volumineuse comme une grosse poire. Il pratiqua immédiatement le taxis, continué doucement et à intervalles, pendant deux heures, sans succès, et sans obtenir le moindre amendement. Il jugea à propos de ne pas prolonger plus longtemps ces tentatives, prescrivit un grand bain prolongé, un lavement purgatif et des frictions avec la pommade de belladone.

Le lendemain matin, le malade avait les traits profondément altérés, la voix voilée, le pouls petit, les mains froides; il était dans une anxiété extrême; depuis trois heures les vomissements bilieux d'abord, puis stercoraux, se succédaient à courte distance; les coliques et les hoquets étaient continuels. Après une nouvelle tentative de taxis aussi impuissante que la première, l'état du malade devenant de plus en plus grave, M. Adet de Roseville proposa l'opération, qui fut obstinément refusée. Mettant alors tout son espoir dans la belladone, il prescrivit la potion suivante :

Eau distillée...........	60 grammes.
Extrait de belladone....	25 centigr.
Sirop de fleurs d'oranger.................	30 grammes.

à prendre par demi-cuillerée à bouche toutes les demi heures.

La prescription fut ponctuellement exécutée. Après la sixième demi-cuillerée, un léger gargouillement s'étant fait entendre, la hernie, en peu d'instants, est rentrée en totalité, et les effrayants symptômes qui lui faisaient cortége ont aussitôt cessé. Tout alla bien pendant huit jours. Mais, le 10 décembre, cet homme, qui s'était couché bien portant à huit heures, fut réveillé à huit heures et demie par de fortes coliques; sa hernie était de nouveau sortie, plus volumineuse encore que lors du premier accident. Ce ne fut que le lendemain, à six heures du soir, c'est-à-dire vingt-deux heures après le retour de l'accident, qu'on appela de nouveau M. Adet de Roseville, qui trouva le malade dans un état d'anxiété extrême, avec tous les mêmes symptômes d'étranglement que la première fois. La tumeur herniaire était tellement douloureuse que le malade ne permet même pas la moindre tentative de taxis. En attendant l'arrivée du médecin, la famille avait fait prendre au malade la moitié de la potion belladonée qui restait de l'autre fois. M. Adet de Roseville ne se laissant pas décourager par cet insuccès de la belladone, qui pouvait être dû à ce que la potion était restée en vidange dans un endroit chaud pendant huit jours, prescrivit tout de suite une seconde potion, aux mêmes doses que la première. Il n'eut qu'à se féliciter de cette décision, car après la huitième demi-cuillerée, un gargouillement s'est de nouveau produit, et la hernie s'est réduite comme par enchantement. Depuis cette époque, cet homme a repris ses occupations habituelles, et n'a plus éprouvé le moindre malaise. (*Gaz. des Hôp.*, mars 1861.)

Hydrocèle. *Son traitement par l'injection des sels de cuivre.* Il est peu de maladies qui aient donné lieu à plus de tentatives thérapeutiques que l'hydropisie du sac vaginal. En enregistrant celles de M. Péreira de Fonseca, nous avons pour but de fournir plutôt un document pour l'histoire de l'art qu'un enseignement pratique. Le professeur de Porto, de 1857 à 1860, a opéré 25 hydrocèles à l'aide d'une solution de 2 à 8 grammes de sulfate de cuivre dans 190 à 250 grammes d'eau. Sur ces 25 cas, il a obtenu 21 guérisons radicales dans un espace de dix à vingt jours. Dans 2 cas, l'épanchement reparut; mais la même solution ayant été injectée quelque temps, la guérison eut lieu. Dans deux autres cas, la tunique s'enflamma et suppura. C'était dans le premier chez un sujet de soixante-cinq ans, dont la tunique vaginale était très-distendue, laquelle fut détruite en partie par la suppuration. La guérison eut lieu cependant, bien que le testicule ait conservé un volume double de l'état normal. Dans le second cas, une petite partie de l'injection s'échappa en dehors de la tunique, ce qui produisit de l'inflammation et de la suppuration, mais la guérison eut lieu. (*Gaz. méd. de Porto*, et *Journ. de Bruxelles*, avril.)

Luxation sus-acromiale *de l'extrémité externe de la clavicule, datant de trois mois; réduction facilitée par la section sous-cutanée de la portion claviculaire du trapèze.* Un homme de trente-sept ans entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Eloi, le 30 juillet, deux jours après une chute dans laquelle le moignon de l'épaule avait porté presque seul sur le sol. Il présentait une déformation peu prononcée de cette région. Le creux sus-claviculaire était un peu effacé; l'extrémité externe de la clavicule était soulevée, reposant sur la face supérieure de l'acromion, sans la dépasser en dehors, et distendant la peau d'une manière manifeste Il était très-facile de la refouler en avant et en arrière, sans entraîner l'omoplate dans ces mouvements. L'os avait la même longueur que celui du côté opposé. Le malade ne pouvait porter la main à la tête; l'abduction du bras était fort limitée et la circumduction impossible. La réduction de la luxation fut facile, et on s'efforça de la maintenir réduite à l'aide du bandage de Desault; mais le sujet était d'une indocilité extrême, et se débarrassait de l'appareil dès qu'il éprouvait un peu de gêne ou de fatigue. Après plusieurs tentatives infructueuses de contention, auxquelles le malade se prêtait toujours très-mal, il finit par quitter l'hôpital et reprit ses travaux habituels. La luxation, incomplétement réduite, ne tarda pas à se reproduire. Il rentra à la Clinique, le 11 octobre suivant La déformation du moignon de l'épaule était alors évidente. Le creux sus-claviculaire était en dedans très-excavé, par suite d'une saillie anormale que formait le bord oblique externe supérieur du muscle trapèze, ramassé sur lui-même, et tendu comme une corde, de ses attaches occipitales à ses attaches claviculaires. L'extrémité externe de la clavicule était ramenée en arrière et légèrement renversée, de manière que son bord antérieur était en contact avec l'acromion dans toute sa largeur, tandis que le postérieur en était distant de 2 centimètres. Cette extrémité osseuse jouissait d'une certaine mobilité. Le creux sus-claviculaire était comme aplati; on sentait, à travers les parties molles, le bec coracoïde. L'omoplate avait exécuté un mouvement de rotation sur elle-même. Les mouvements d'abduction et de circumduction du bras étaient difficiles et incomplets. De nouvelles tentatives de réduction furent inutiles. Aucun moyen de contention, d'ailleurs, n'aurait pu lutter contre l'action du trapèze, qui était l'obstacle le plus évident à la réduction.

M. Moutet, chargé alors du service, se détermina, en raison de cette dernière circonstance, à faire la section de ce muscle.

Le 20 octobre, il pratiqua cette opération : il fit à la peau, en arrière et en dessous du bord postérieur de la clavicule, un pli vertical, à la base duquel il pratiqua une ponction avec un bistouri très-pointu; puis il introduisit à plat, par cette ouverture, un ténotome mousse à tranchant convexe, qu'il fit cheminer sous la peau, en dedans et un peu en haut, dans la direction du bord postérieur de la clavicule. Arrivé aux limites internes des attaches claviculaires du muscle trapèze, il redressa l'instrument, dont le tranchant se trouva ainsi dirigé en arrière, et le faisant agir en pressant et sciant, il divisa les fibres musculaires presque à leur point d'attache. Un écartement de 2 centimètres environ avertit que la section était complète, et l'instrument fut retiré avec précaution. La clavicule put être alors facilement ramenée dans sa position normale et maintenue à l'aide d'un spica de l'épaule, dont le chef initial remontait de la partie postérieure de l'épaule saine sur l'épaule malade, en passant derrière le dos. Un coussin fut placé sous l'aisselle et un bandage de corps maintint le bras fixé contre le tronc.

Le 6 novembre, on put constater que l'extrémité externe de la clavicule était revenue, à peu de chose près, dans sa position normale; elle faisait une saillie bien moins marquée, l'acromion s'était écarté de 1 centimètre du sternum, tandis que l'angle inférieur de l'omoplate ne s'éloignait pas beaucoup plus que l'autre de la crête vertébrale. Cet os s'était donc redressé. L'intervalle entre l'acromion et l'olécrâne de l'un et de l'autre côté était également à peu près le même. Les mouvements étaient plus libres et plus étendus, quoique encore un peu gênés, à cause de l'immobilité à laquelle le bras avait été condamné.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires; elle montre, de la manière la plus évidente, la facilité que la section du trapèze a donnée à une réduction que la rétraction de ce muscle rendait impossible. (*Montpellier médic.*, mars 1861.)

Sangsues. *Précaution à prendre*

pour éviter la pénétration de ces annélides dans la cavité de l'utérus pendant leur application sur le col de cet organe. Rien de mieux connu que les bons effets de la saignée de l'utérus produite à l'aide des sangsues, ainsi que la manœuvre opératoire réclamée pour leur application. Une précaution que n'ont pas signalée les auteurs est celle d'obturer l'ouverture du col, afin de s'opposer à l'introduction de l'un de ces annélides dans l'intérieur de la cavité de cet organe. Cet accident est rare; mais les faits que cite M. Nædelin de Canstatt ne laissent aucun doute sur sa réalité, et sembleraient même témoigner d'une plus grande fréquence qu'on n'est porté à l'admettre tout d'abord. Voici ces faits : Une première fois la sangsue, qui s'était introduite dans la cavité de l'utérus, en ressortit au bout de cinq minutes, sans avoir occasionné de douleurs, ni d'autres suites fâcheuses. Dans un autre cas, deux sangsues qui avaient suivi la même route s'attachèrent aux parois de la cavité, ne revinrent au jour qu'au bout de vingt-cinq minutes, et furent cause d'une métrorrhagie très-abondante. Enfin, il arriva deux fois que les sangsues demeurèrent une ou même deux heures dans la cavité et produisirent des douleurs intolérables ; les femmes assuraient que les tranchées les plus violentes qui se produisaient pendant l'accouchement, ne pouvaient leur être comparées. Les douleurs ne cessèrent que lorsque les contractions de la matrice eurent chassé au dehors ces hôtes incommodes. Ces accidents répétés ont engagé M. Nædelin à toujours boucher l'orifice utérin avec un morceau d'éponge préparée, avant d'introduire les sangsues dans le spéculum. (*Echo méd.*, et *Journ. de Bruxelles*, avril.)

Sciatique traumatique *guérie par la faradisation.* On sait que la faradisation a été plusieurs fois employée comme agent de révulsion ou de perturbation douloureuse dans le traitement de certaines névralgies, et en particulier des névralgies sciatiques. Voici un nouvel exemple de l'efficacité de ce moyen, dans un cas de sciatique consécutive à une violente contusion, qui a été recueilli dans le service de M. le professeur Piorry, à l'hôpital de la Charité.

Un homme d'une trentaine d'années, pendant qu'il était penché en avant, reçoit un poids considérable sur la partie postérieure de la cuisse droite. Durant les quelques heures qui suivirent cet accident, il n'éprouva aucune douleur ni aucune incommodité; la compression seule sur la région contuse était douloureuse. Mais quatorze heures après, il ressentit, en se levant, une douleur très-vive, en ce point, qui l'obligeait à garder le lit. Le lendemain la douleur avait augmenté au point que le moindre mouvement arrachait des cris au malade. Ce fut alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital. M. Piorry ayant constaté que la douleur siégeait parfaitement sur le trajet du grand nerf sciatique et sur toute l'étendue de son parcours, après s'être assuré d'ailleurs du parfait état d'intégrité de la moelle, prescrivit l'emploi de la faradisation. Celle-ci fut pratiquée avec beaucoup de soin par l'élève chargé de ce service. Après la deuxième séance, le malade s'aperçut que la douleur était plus supportable. Le traitement ayant été continué, l'amélioration devint tous les jours plus manifeste, et huit jours après son entrée à l'hôpital, ce malade put s'en retourner chez lui, il ne souffrait plus. (*Gaz. des Hôp.*, mars 1861.)

Strabisme interne *opéré il y a vingt ans ; abduction consécutive. Guérison par la greffe du muscle droit interne à la sclérotique.* Une des causes qui ont jeté le plus de défaveur sur l'opération du strabisme, c'est la crainte, trop souvent réalisée, de voir la déviation s'opérer en sens inverse. Heureusement, grâce à l'initiative de M. J. Guérin, on possède aujourd'hui des moyens de remédier à cette difformité consécutive et d'assurer ainsi le maintien de cette opération dans le domaine chirurgical. Voici une observation qui vient démontrer l'efficacité de la méthode de M. Guérin.

Le nommé C***, âgé de vingt-huit ans, présente à l'œil droit une synéchie antérieure avec leucoma central; la pupille, libre seulement en haut et en dedans, permet de reconnaître une cataracte capsulaire centrale; l'iris offre à sa face antérieure des taches d'un blanc grisâtre entièrement dépourvues de tomentum. A l'œil gauche existe une suffusion cornéenne centrale légère, plus une cataracte capsulaire ; cet œil est, en outre, entraîné dans une abduction tellement prononcée que la moitié de la cornée se cache derrière l'angle externe, d'où elle peut à peine se dégager, alors que le malade s'efforce de porter l'œil en de-

dans et à gauche. Cette espèce d'*ankylose* du globe oculaire a créé une attitude vicieuse de la tête et du cou. Dans le double but de faire cesser ce mouvement oscillatoire et d'améliorer la vision de l'œil droit en agrandissant le champ visuel, une excision de l'iris fut pratiquée du côté interne. Quelques semaines après cette opération, qui avait accru considérablement la puissance visuelle, le malade réclama lui-même une opération semblable pour l'œil droit. Ce fut alors que M. Courserant songea à redresser l'œil dévié avant d'agir sur l'œil droit.

Une incision verticale faite dans la conjonction bulbaire, à 5 millimètres environ de l'insertion de la cornée à la sclérotique, l'opérateur procéda à une dissection minutieuse poursuivie très-avant du côté interne, afin de faire justice des adhérences établies entre la conjonctive, le tissu cellulaire sous-conjonctival et la sclérotique. Pour arriver jusqu'au droit interne, il fut nécessaire de pousser l'investigation à une profondeur telle qu'on pouvait craindre de léser le nerf optique. Enfin, les tissus chargés sur le crochet ayant été divisés à leur attache à la sclérotique, le muscle droit interne put enfin être reconnu, mais non sans peine, tant il était grêle et décoloré. Son bout antérieur, traversé d'une aiguille courbe armée d'un fil de soie et passée en même temps sous les fibres superficielles de la sclérotique, fut fixé à cette dernière, un peu en arrière du point où s'implante le muscle à l'état normal, le peu de longueur et d'extensibilité du droit interne ne permettant pas de porter le fil plus en avant, même malgré la rotation du globe en dedans. Pour donner à cette greffe musculaire le temps de contracter une adhérence solide et durable avec la sclérotique, il était nécessaire de maintenir l'œil dans l'adduction forcée; mais au moment où pour remplir cette indication indispensable, M. Courserant se disposait à passer un fil au côté externe de la sclérotique, le malade qu'on avait été obligé de chloroformiser, fut pris d'accidents asphyxiques. Les manœuvres opératoires, un moment suspendues, furent reprises, mais au milieu d'une agitation telle de la part de l'opéré, que l'aiguille, au lieu d'être engagée sous les fibres de la sclérotique, ne comprit dans sa courbure que la conjonctive; et le tissu cellulaire sous-conjonctival, aussi, le lendemain, l'œil avait entièrement repris sa position vicieuse.

Après cinq jours de repos, l'opération fut reprise : un double fil de soie passé non plus sous les fibres de la sclérotique, mais sous l'expansion aponévrotique tout entière du muscle droit externe, servit à attirer l'œil en dedans et à le maintenir pendant cinq jours dans cette position. Un morceau de liége, faisant office de poulie de renvoi, solidement maintenu en place à la racine du nez, au-dessous de l'espace intersourcilier, par une couche épaisse de collodion, reçut dans une rainure pratiquée à sa face antérieure le fil de soie, lequel, tenu ainsi éloigné de la cornée, resta fixé à la partie latérale du nez et supérieure de la joue par des bandelettes agglutinatives de taffetas d'Angleterre recouvert de collodion.

Cinq jours après l'opération, le lien contentif fut relâché, dans le but d'apprécier la modification apportée dans le mouvement d'adduction du globe de l'œil. Le résultat, bien que satisfaisant, n'étant pas encore complet, M. Courserant alla pour la deuxième fois à la recherche du bout antérieur du muscle droit interne, et le fixa à la sclérotique au moyen d'un fil et par un procédé tout à fait identique avec celui qui a été décrit plus haut.

Du sixième au septième jour de cette deuxième opération, le fil, qui jusque-là avait servi à maintenir l'œil tourné en dedans, tomba par suite de la section complète du tendon d'attache du muscle droit externe sous lequel il se trouvait engagé depuis onze jours. Au point où il était fixé, on voyait une plaie égalant en étendue la tête d'une grosse épingle, et l'œil était tellement maintenu tourné en dedans, qu'il était impossible au malade, malgré les plus grands efforts, de ramener la cornée au centre. Quelques jours d'un exercice répété et soutenu des mouvements d'abduction vinrent facilement à bout de cette espèce d'ankylose oculaire, rétablirent le mouvement en dehors dans toute sa plénitude et replacèrent l'œil dans une position telle, que pendant l'acte de la vision les axes optiques offrent en tous sens une convergence harmonique qui ne laisse rien à désirer. (*Gazette des Hôpitaux*, mars 1861.)

VARIÉTÉS.

Bras artificiel automoteur.

Par M. le comte de BEAUFORT.

Un bras artificiel peut-il rendre des services, ou n'est-il destiné qu'à reproduire la forme du membre perdu, sans pouvoir y suppléer, même de la manière la plus élémentaire ? Lorsqu'un amputé a conservé une partie de l'avant-bras, il est hors de doute que la prothèse peut lui être d'un grand secours; car le mouvement du coude le met à même de se passer du concours d'un tiers, dans des circonstances qui réclament même de l'adresse. Mais dans les cas où la mutilation existe au-dessus du coude, la question devient plus difficile à résoudre, au moins d'une manière affirmative, en ce qui regarde les appareils actuellement en usage.

La prothèse du membre supérieur exigeant des connaissances très-avancées en mécanique, ne date que de trois siècles environ. Il n'en est pas de même de la prothèse des membres inférieurs, qui est de la plus haute antiquité. Je citerai, à ce sujet, un fait qui, je crois, n'est pas bien connu. Il existe au musée du Louvre un vase étrusque représentant un homme estropié qui se soutient à l'aide d'un bâton dont la partie inférieure remplit les fonctions d'une jambe de bois. L'usage de ce type primitif a dû se présenter à l'esprit de la première personne qu'un accident ait arrêtée dans sa marche ; mais quel temps n'aura-t-il pas fallu pour inventer un bras artificiel, toujours si compliqué, lors des premiers essais ?

Jusqu'ici les inventeurs ont lutté contre deux difficultés : ou le bras était inerte, ce qui le rendait un objet de gêne, où il était susceptible d'être mis en mouvement, ce qui nécessite un moteur artificiel, qui lui-même devenait l'objet d'un effort ou d'une préoccupation. Dans ces divers appareils, le mouvement de l'avant-bras est le résultat d'une traction produite à l'aide d'une corde à boyau, ou bien l'effet est obtenu au moyen d'une pédale qui, placée près de l'aisselle, convertit le mouvement de pression en mouvement ascensionnel de l'avant-bras.

Le système de traction a été d'abord indiqué par Græfe. Il a été mis en pratique avec succès, il y a une vingtaine d'années, par M. Van Peterseen. Plusieurs modifications ont été apportées depuis au point d'attache, en dispensant de l'intermédiaire du corset qui, dans le système de M. Van Peterseen, relie, pour ainsi dire, les attaches, lesquelles agissent respectivement sur l'avant-bras et sur la main.

Le principe, du reste, est susceptible d'une infinité de modifications, qui peuvent varier selon les conditions que l'on veut remplir, selon les considérations personnelles, qui jouent un grand rôle dans les questions de prothèse. Le mécanicien doit consulter les habitudes, les goûts, les aptitudes de chaque mutilé ; car ce qui suffit à telle personne peut paraître très-imparfait à telle autre, et inversement.

Le système de pression a été soumis par moi à la Société de chirurgie, le 28 novembre 1858.

Les deux procédés donnent lieu à un mouvement qui est en dehors de celui que l'on veut produire. Quelque instinctifs que ces mouvements puissent devenir par l'usage, ils n'en sont pas moins une cause de retard, de préoccupation ; car ils ne se lient nullement à l'action naturelle.

Le 19 décembre 1860, j'ai présenté à l'Académie impériale de médecine un bras artificiel [1] dont le principe n'a rien de commun avec les appareils déjà connus. Il constitue un changement tellement radical, qu'il ouvre, j'espère, une nouvelle ère à ce moyen de prothèse. A la traction ou à la pression, il substitue le mouvement normal, car il est *automoteur*, en ce sens, que le mouvement instinctif de la nature détermine le mouvement mécanique : cela est si vrai, qu'une personne qui essayait l'appareil pour la première fois se croisa tout de suite les bras en disant : « Je ne sais pas comment le mouvement se produit, mais je veux le faire, et je le fais ! »

La gêne et la préoccupation ont ainsi disparu, puisque l'avant-bras se déplace pour ainsi dire de lui-même, lorsqu'un changement dans la position du corps réclame un changement analogue dans la position de l'appareil.

Le mode employé pour produire la flexion du bras est tellement simple qu'il peut être appliqué, presque sans dépense, au système ordinaire des bras artificiels inertes.

L'appareil ne porte aucun mécanisme, aucun tirant pour produire, soit la pression, soit la traction. Il s'adapte au corps comme le simple crochet : la seule condition étant que l'attache ne gêne pas les mouvements naturels de la partie supérieure du bras.

Une personne née avec un bras dont la partie inférieure se termine, au-dessous du coude, par un moignon très-court, ne pouvait pas faire agir un appareil ordinaire qu'on venait de lui poser. L'application du système automoteur lui permit à l'instant même d'élever l'avant-bras au point où le moignon pût entrer en prise.

Le mouvement se produisit instinctivement pour ainsi dire, car elle ne crut pas à l'intervention de la mécanique ; mais force fut de se rendre à l'évidence ; on détendit le ressort, aussitôt il lui fut impossible d'agir sur l'avant-bras; on fit fonctionner de nouveau le ressort moteur, et l'appareil obéit à sa volonté.

Ainsi, deux ressorts suffisent pour convertir un bras artificiel inerte en un bras artificiel automoteur.

La différence entre les prix des deux appareils est insignifiante ; le nouveau système n'ayant point été breveté, et n'étant par conséquent entravé par aucun droit d'invention.

Description du bras artificiel automoteur.

Il se compose de deux gaînes en cuir réunies par des branches métalliques à charnière et par deux ressorts O O, qui agissent en excentriques sur l'articulation du coude ; l'un tend à lever et l'autre à baisser l'avant-bras.

Le mouvement s'effectue dans un sens ou dans l'autre, selon que la partie supérieure du bras donne la prépondérance à l'un des deux ressorts, en déplaçant le poids de la main.

Lorsque le bras tombe naturellement le long du corps, la main pèse sur l'axe oblique du coude, et comprime l'action du ressort que tend à élever l'avant-bras. Quand, au contraire, la partie supérieure du bras fait un mouvement ascensionnel, le coude s'arrondit et son axe se rapproche de la perpendiculaire, position dans laquelle le poids de la main se traduit en simple friction sur les

---

[1] Je l'avais déjà soumis à l'Académie, le 27 décembre 1859 ; mais il n'avait pas encore reçu d'application pratique.

pivots du coude. Alors, le ressort qui tend à élever l'avant-bras reprend son action.

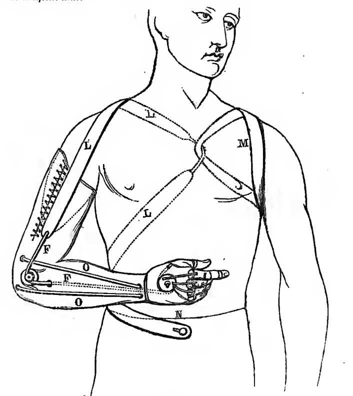
L'effet produit est le résultat ou la conséquence d'un mouvement naturel dont il est la continuation.

La volonté qui agit instinctivement sur la partie supérieure du bras suffit pour déterminer le mouvement de l'appareil.

L'art se lie donc intimement à la nature, dont il est le complément.

J'ai cherché à introduire la même simplicité dans la construction de la main artificielle dont les doigts sont rigides, le pouce seul est à charnière. Il est maintenu en état de pression contre l'index, au moyen d'un ressort. Il fait les fonctions d'une pince qui peut conserver dans une position donnée un chapeau, un livre, etc.

L'ensemble de cet arrangement m'autorise, je crois, à qualifier l'appareil de *bras artificiel utile.*



(Fig. 1.)

Maintenant si l'on veut que ce moyen de prothèse réunisse, non-seulement les conditions d'utilité, mais encore celles que peuvent réclamer certaines conditions sociales où l'on désire dissimuler une infirmité autant que l'art puisse mettre à même de le faire, alors il faut avoir recours à un mécanisme plus

compliqué et par conséquent plus dispendieux. Bien que ce but m'éloigne un peu de la route que je me suis tracée, il offre trop d'intérêt pour que je n'y aie pas consacré de nombreuses recherches.

Dans la confection de la main, j'ai pris pour point de départ les proportions exactes de la nature.

Jusqu'à présent on s'est borné à une forme de convention. Celui qui le premier a eu l'idée de faire mouvoir des doigts artificiels, s'est sans doute plus attaché à l'effet mécanique qu'à l'exactitude de la forme. Il a voulu faire simplement une pince ayant une apparence de main, se conformant si peu aux lois de l'anatomie, qu'il a articulé les premières phalanges là où elles sont rigides, et qu'au point réel de l'articulation il y a absence de mouvement. De là le mot consacré de *fausses phalanges*. De plus, le pouce a une action très-limitée et ne peut se renverser de manière à être dans le même plan que les doigts, lorsque la main est complétement ouverte.

Un de nos plus habiles fabricants, M. Béchard, dont le zèle éclairé cherche toujours à élever le niveau de l'art, est entré tout de suite dans mes vues. Il vient de faire sous ma direction une main artificielle, dont les phalanges ont la longueur naturelle, dont le pouce peut prendre des positions diverses, dont les doigts, dans l'état de flexion, se touchent à leur extrémité supérieure; tandis qu'ils s'écartent graduellement en se redressant, comme cela a lieu dans la nature.

Grâce à ces conditions, la main artificielle présente une telle harmonie de formes dans toutes ses attitudes, qu'au premier aspect et recouverte d'un gant, elle est semblable à la main naturelle. C'est-à-dire que M. le commandant de B***, amputé de l'avant-bras gauche et muni de cet appareil, se trouvait, le 7 avril, en présence de S. M. l'Empereur, qui lui demanda quelle main il avait perdue, en lui témoignant sa surprise et sa sollicitude.

Explication succincte des moyens employés pour produire des mouvements, qui donnent à la main artificielle un aspect relatif de vie, et pour mettre une personne amputée (soit au-dessous, soit au-dessus du coude), à même de prendre ou d'abandonner un objet dans toutes les positions du bras.

La main artificielle (fig. 2) est montée sur un pivot placé en oblique sur le poignet, ce qui lui donne un mouvement de supination complexe; car il s'élève en même temps qu'il se rapproche du corps, ce qui dispense d'un mouvement spécial pour produire la rotation du poignet.

Les doigts sont maintenus dans un état de flexion par des ressorts qui, placés dans l'épaisseur de la main, sont fixés à l'intérieur du poignet et aux premières phalanges. Les cordes à boyau BC et DC sont, par opposition, attachées à la surface dorsale des mêmes phalanges, et sont fixées à une poulie A, qui reçoit le mouvement de la corde à boyau F. A cette corde aboutit la courroie motrice L; celle-ci, fixée à son extrémité opposée au bouton N placé sur le devant de la ceinture du pantalon, glisse dans une embrasse M portée par l'épaule saine, et, passant sur l'épaule opposée, s'attache enfin à la corde déjà mentionnée, dont le trajet s'effectue par l'axe du coude et le centre du poignet, jusqu'à la gorge de la poulie A. Cette disposition permet d'utiliser les divers mouvements du corps, qui se produisent lorsque le dos se voûte ou se cambre.

Quand on veut ouvrir la main, on arrondit les épaules, en prenant une pose qui tende la courroie L dans tout son parcours : cette disposition préparatoire suffit pour qu'un mouvement imperceptible de l'épaule ou du bras détermine

ensuite le jeu des doigts. Quand, au contraire, le corps n'offre aucune résistance à la courroie, le bras peut faire librement tous les mouvements, sans affecter aucunement la main.

On comprend facilement que la traction, qui vient d'être décrite, fasse mouvoir les doigts par l'intermédiaire de la poulie A et des cordes BC, DC.

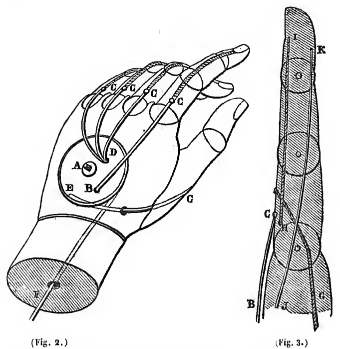
Rien ne s'oppose donc à ce que la poulie continue à tourner. Les cordons DC, auxquels sont attachés les autres doigts, fonctionnent à leur tour de la même manière ; enfin, le pouce est entraîné par la continuation du mouvement de la poulie, au moyen de l'attache EC.

Explication de la gravure représentant un des doigts vu en coupe longitudinale.

G, ressort qui fait fléchir les doigts.

H I, ressort tendant à maintenir le doigt redressé.

J K, corde à boyau fixée, par ses extrémités, à la main et à la dernière phalange.



(Fig. 2.) (Fig. 3.)

Cette corde, dont le point fixe J est excentrique par rapport à la rotation du doigt, fait fléchir les phalanges supérieures lorsque la première s'abaisse.

M. Alphonse L***, pianiste compositeur, a été amputé de l'avant-bras gauche, en 1856, par M. le baron Larrey, alors chirurgien en chef du Val-de-Grâce. L'opération a été faite à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, pour un kyste osseux multiloculaire.

L'extrémité de son moignon, quoique très-régulièrement cicatrisée, a conservé une telle sensibilité, qu'il ne peut s'en servir en aucune façon pour produire l'élévation du bras artificiel.

M. L*** s'est présenté à la séance de l'Académie, tenant son chapeau d'une main et un parapluie de l'autre. Il a fait mouvoir le bras et la main artificiels, de manière à prouver combien il est maître de l'appareil, portant un verre à la bouche, écrivant son nom avec un crayon et désignant même du doigt un objet quelconque.

La facilité avec laquelle M. L*** exécute tous les mouvements qui lui sont indiqués est d'autant plus remarquable, qu'il ne s'y est nullement préparé par l'étude du mécanisme. Il a deviné de prime-abord toutes les ressources que la prothèse a mises à sa disposition, et il les combine de la manière la plus intelligente, grâce à une sorte d'intuition.

L'illusion produite est telle que l'on ne peut absolument pas se rendre compte d'abord des moyens ou des efforts qu'il emploie pour agir sur l'appareil [1], dont le jeu semble être le résultat immédiat de la volonté ; un académicien a laissé échapper cette naïve question : « Est-ce que les deux membres sont pareils ? »

Fort des encouragements dont M. le baron Larrey, ex-chirurgien en chef de l'armée d'Italie, a bien voulu honorer mes humbles efforts, j'ai offert mon invention à M. le ministre de la guerre en faveur des militaires qui pourraient avoir à se servir d'un bras artificiel.

Le Conseil de santé des armées a été chargé, par Son Excellence, de faire un rapport sur l'appareil.

En conséquence, le 17 janvier et le 20 mars 1860, des expériences ont été faites au ministère de la guerre, au point de vue des bras artificiels automoteurs, appliqués à des cas d'amputation pratiquée soit au-dessous, soit au-dessus du coude.

Le ministre a bien voulu me faire connaître les conclusions du rapport par sa lettre du 17 avril 1860, où Son Excellence dit :

« Le Conseil estime que cet appareil de prothèse peut être fort utile aux amputés de l'armée, en ce sens que, fixé seulement au moignon, et sans prendre de point d'appui sur le tronc, il fait exécuter au bras la série des mouvements naturels de flexion, d'extension, d'élévation, d'abaissement, mouvements qui se font avec d'autant plus de facilité que le mécanisme qui les produit est des plus simples.

« D'après ces considérations, le Conseil de santé est d'avis que le bras artificiel de votre invention, et dont vous faites l'abandon à l'industrie privée, soit accordé aux militaires qui en feront la demande.

« J'accéderai en ce qui dépendra de moi à ces conclusions, et je ne terminerai pas sans vous remercier vivement d'un progrès qui promet de devenir un soulagement et un bienfait pour nos blessés. »

La Société médicale des Hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1861-62. Ont été élus ou réélus : M. Natalis Guillot, président ; M. Monneret, vice-président ; M. Henri Roger, secrétaire général ; MM. Empis et Triboulet, secrétaires particuliers ; M. Labric, trésorier. Membres du Conseil d'administration : MM. Barthez

---

[1] L'appareil a été construit par M. Béchard.

(François), Béhier, Bouchut, Hervez de Chégoin et Laillier. Membres du Conseil de famille : MM. Bergeron, Guérard, Moreau (de Tours), Trélat, Woillez. Comité de publication : MM. Empis, Hervieux, Monneret, H. Roger et Triboulet.

La Société d'hydrologie médicale vient de renouveler son bureau. Ont été nommés : président : M. Pidoux; vice-présidents : MM. Mialhe et Tardieu.

Le concours d'agrégation au Val-de-Grâce s'est terminé, le 20 avril 1861, par les nominations suivantes : Section d'anatomie : M. J. Paulet, répétiteur à l'Ecole de Strasbourg. Section de chirurgie : M. Lecomte, médecin-major au 2e d'artillerie. Section d'hygiène : M. Arnould, médecin aide-major des hôpitaux d'Algérie.

Par arrêté en date du 19 avril, un concours public sera ouvert le 19 août 1861 devant le Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques. Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 19 juillet 1861. Le candidat nommé à la suite de ce concours entrera en exercice dès que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

Par décret, en date du 30 mars 1861, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, S. M. l'Empereur a nommé présidents : de la Société de prévoyance de Saintes (Charente-Inférieure), M. Briault ; de la Société de Grenoble (Isère), M. Buissard; de la Société de Metz (Moselle), M. le docteur Dieu.

M. le docteur M. Csauss, professeur émérite, mort à Pesth le 14 septembre dernier, a, par son testament, fait des legs considérables à la Faculté de médecine, à l'hôpital des Enfants pauvres de cette ville et à l'Académie hongroise.

M. Henri-Honoré Quotard, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, vient de mourir en cette ville, à l'âge de soixante-quatre ans. Ancien chirurgien militaire, il appartenait à l'enseignement depuis 1842.

La réorganisation du service médical de l'armée anglaise a été accompagnée d'un fait, sans doute unique dans la médecine militaire, celui de l'installation dans les hôpitaux généraux, d'infirmières ne dépendant que de femmes, et ne relevant que du ministre de la guerre par l'intermédiaire de la directrice ou surintendante générale, en résidence à Londres.

Le docteur G. Sée, médecin de l'hôpital des Enfants, fera, à partir du 30 avril, tous les mardis à huit heures des conférences cliniques, et à neuf heures, des leçons théoriques sur les maladies aiguës des enfants. — La visite aura lieu à huit heures, salle Saint-Jean, service de MM. Bouvier et Sée.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la phthisie pulmonaire (1).

Par le professeur J. Hughes Bennet.

§ 3. Si l'on peut réussir à rétablir la nutrition, à arrêter la maladie et à favoriser l'absorption de l'exsudation déjà déposée, il reste encore à prévenir le dépôt d'exsudations nouvelles, et c'est là ce qui constitue la troisième indication. Pour la remplir, il n'y a évidemment autre chose à faire que d'éviter toutes les circonstances susceptibles de détériorer la constitution d'une part, ou d'amener une congestion pulmonaire de l'autre, et c'est là, pour un praticien judicieux, l'occasion de déployer des ressources variées et nombreuses au profit de la santé du malade. Une des grandes difficultés que nous avons à surmonter dans ce climat tient aux fréquentes variations de température et aux passages subits d'une chaleur très-vive à un froid saisissant. En supposant que nous ayons les moyens de relever la nutrition et d'arrêter l'irritation locale, il n'est pas moins certain qu'on fera au malade le plus grand bien en lui assurant ces conditions hygiéniques et ce climat égal nécessaires pour remplir la troisième indication.

En premier lieu, la nutrition elle-même est plus solidaire qu'on ne pense d'un exercice convenable, et de ce qu'on peut appeler les bains d'air. Il ne suffit pas, pour la nutrition, de stimuler l'appétit et de fournir des aliments convenables; il faut : 1° des aliments en quantité et en qualité convenable; 2° une digestion parfaite; 3° la formation normale du sang; 4° un certain échange entre l'air et le sang d'une part, entre le sang et les tissus de l'autre, et 5° il faut qu'il y ait une excrétion convenable, c'est-à-dire séparation de ce qui a déjà servi à la fonction et de ce qui est devenu inutile. Tout cela est absolument indispensable, et l'on n'en peut rien retrancher. Les moyens de prévenir non-seulement la phthisie pulmonaire, mais la maladie tuberculeuse, en général, consistent à se soumettre aux règles hygiéniques qui assurent ces divers actes nutritifs. Les plus importantes de ces règles portent certainement sur l'air respiré, et constituent ce qu'on appelle le climat, auquel il faut ajouter l'exercice et le régime.

On a beaucoup écrit sur le climat et plus particulièrement sur

(1) Suite. — Voir la livraison précédente, p. 337.

l'influence curatrice de certains climats étrangers, dans le cas de consomption, et rien n'est plus difficile, pour un médecin pratiquant dans son pays, que d'arriver à des notions exactes sur ce sujet. Il peut lire des livres sur les climats en général, il peut étudier des monographies sur les avantages spéciaux de certaines localités, il peut causer enfin avec des hommes intelligents qui ont pratiqué dans ces pays, sans en être pour cela plus éclairé.

Les véritables questions à résoudre, relativement à l'influence curatrice du climat, sont les suivantes : Quelle est la proportion des cas dans lesquels on voit la maladie s'arrêter, en rapport avec un diagnostic exact, la détermination de la période de la maladie, l'âge et la force générale des malades ? Voit-on plus souvent ces arrêts de la maladie dans les pays étrangers que dans nos climats ? Il n'existe nulle part, que je sache, une série de faits susceptibles de répondre à ces divers points. D'un autre côté, il n'est pas certain que, si un phthisique recouvre les forces de sa constitution à Madère, en Espagne ou en Italie, il faille en attribuer le bénéfice à l'influence du climat, tandis que, si la même chose se produit chez nous, on considère ce cas comme un fait de bronchite, ou, en toute circonstance, on conteste le caractère de la maladie. Pourtant, dans ces derniers temps, il est devenu assez évident qu'avec un soin et un traitement convenables, on peut arrêter la phthisie dans ce pays beaucoup plus souvent qu'on ne supposait autrefois, et nous n'avons nulle raison de croire que ces arrêts soient plus communs à Madrid, en Egypte ou en Italie, qu'à Edimbourg ou à Londres.

On peut, par conséquent, se demander si la pratique qui a régné si longtemps et qui consiste à envoyer les phthisiques au loin, est ou non une pratique avantageuse. Mon expérience propre est, en somme, contraire à l'utilité d'envoyer ainsi des phthisiques confirmés à la recherche de la santé à l'étranger. J'ai connu nombre de phthisiques qui, tant qu'ils sont restés chez eux, ont continué à se trouver dans des conditions satisfaisantes, à jouir de la vie et à suivre leurs occupations habituelles, et qui, pris du désir assez imprudent d'arriver à une guérison complète par un séjour dans un climat chaud, se sont rendus en Italie, à Malte ou dans d'autres localités à la mode, et y sont morts misérablement. Les cas de ce genre ont été assez fréquents pour qu'il en soit résulté dans mon esprit un sentiment de grand scepticisme relativement à l'utilité de l'expatriation de ces malades, et ce sentiment eût été absolu, s'il n'eût pas été contrebalancé par une conviction puisée dans des voyages à l'étranger et dépendant plutôt de ce qu'on peut appeler une sensation per-

sonnelle que de l'expérience actuelle des résultats avantageux obtenus par d'autres. Je venx parler de cette sensation de bien-être que le voyageur éprouve, au printemps, dans le sud de la France ou sur les bords de la Méditerranée, en face d'une atmosphère transparente, d'un air embaumé et d'un paysage luxuriant. Toute personne qui a ressenti ces impressions délicieuses et qui s'est rendu compte de leur influence sur son organisme propre, ne renoncera pas facilement à l'idée qu'une pareille influence, si elle est convenablement dirigée pour le soulagoment de certaines conditions morbides, doit avoir quelques effets. Je crois que c'est un sentiment de ce genre qui sert véritablement de base à nos croyances concernant les bons effets du climat, et commo, malgré des désappointements répétés, je ne puis pas ne pas penser que, dans certains cas, il y ait des avantages à ces changements de climat, il peut être bon de se demandor pourquoi on échoue si souvent et pourquoi on réussit quelquefois.

En supposant, par conséquent, que le séjour ou le voyage dans certains pays étrangers puisse avoir des avantages dans quelques cas particuliers, et que le principal argument en leur faveur consiste dans les sensations dont je viens de parler, on ne saurait nier qu'il peut entrer beaucoup d'erreurs dans nos raisonnements. Il ne s'ensuit pas, par exemple, de ce qu'une personne vigoureuse et bien portante éprouve une sorte de sensation d'élasticité sur les montagnes, au bord de la mer ou dans une belle vallée, il ne s'ensuit pas, dis-je, que, dans les mêmes conditions, cette sensation soit éprouvée par des personnes affaiblies ou épuisées. Il n'est pas plus raisonnable de supposer que les qualités de l'esprit, la puissance de l'exercice et la conscience de la force physique, tous éléments si importants pour la production de ces sentiments, soient les mêmes dans les deux cas. Par suite, tandis que quelques personnes peuvent en éprouver de très-bons effets et voir leur puissance nutritive en retirer une stimulation favorable, d'autres peuvent n'en retirer que de la langueur, de la dépression morale ou un accroissement de fatigue, et en somme se trouver beaucoup plus mal. La difficulté est donc de distinguer ces deux classes de personnes ; mais cette difficulté défie toutes les règles générales, parce qu'elle tient non-seulement à la période de la maladie et à la force corporelle de l'individu, mais bien à sa constitution particulière, à ses habitudes, à son excitabilité, à la puissance de son imagination et à la culture de son esprit. Par conséquent, avant d'envoyer les malades à l'étranger, tous ces points doivent être pesés avec soin, et, même

alors, tout se résoudra dans ce fait que l'expérience seule peut déterminer, à savoir si, dans les circonstances actuelles, les malades s'en trouveront bien ou mal.

Je crois cependant que, dans la plupart des cas, le changement est d'abord avantageux, et qu'il deviendrait jusqu'à un certain point permanent, sans une autre erreur généralement répandue, à savoir que le climat lui-même a une influence curatrice et que, en respirant tel ou tel air, c'est comme si on prenait un médicament, et que l'air fait du bien *par lui-même*. Mais il faudrait se rappeler que le meilleur climat n'est utile qu'en permettant de prendre de l'exercice et de provoquer les fonctions nutritives, sans s'exposer à tous les inconvénients qui sont plus ou moins communs dans notre pays. C'est en considérant l'exercice comme nécessaire pour assurer l'accomplissement de la digestion, que l'on comprend son importance comme agent thérapeutique dans la phthisie, et toute localité qui peut permettre à un malade délicat de sortir tous les jours à pied, à cheval ou en voiture, sans avoir la crainte de s'exposer à des vents froids ou à des rafales de pluie, doit offrir des avantages sur toutes celles où ces conditions sont communes. Tout se réunit pour faire considérer Madère et quelques autres stations comme plus favorisées sous ce rapport que les meilleures localités de l'Angleterre, et, à ce point de vue, on peut donc les considérer comme avantageuses, en tant que lieux de résidence.

En recherchant de pareils avantages dans un pays étranger, le malade doit souvent sacrifier les occupations de sa vie et la société de ses amis ; mais, si cela peut être fait sans inconvénient et sans amener une dépression morale ou le sentiment de l'ennui, il peut en résulter des avantages. Ce qu'il ne faut pas oublier, ce sont les impressions morales : il y a toujours entre le confort des maisons anglaises et celui d'une maison étrangère une grande différence, qui est souvent un ennui pour le voyageur bien portant et qui devient une chose fâcheuse pour un malade. « A Rome, dit M. Burgess, les rues sont construites de manière à exclure autant que possible les rayons du soleil, et, en hiver, sont aussi humides et aussi froides que pourraient les faire la pluie et la gelée. » Et il ajoute : « Quelle différence entre le tapis chaud, le fauteuil à bras si moelleux et ce beau feu brillant de charbon de terre de nos chambres anglaises, et ces chaises de bois, ces grands pavés de marbre de ces pièces incommodes d'une maison italienne ! »

Comme l'a bien fait remarquer M. Burgess, ceux qui se rendent dans les grandes villes italiennes sont exposés à d'autres dangers

qui résultent du désir qu'éprouveront les malades de visiter des endroits célèbres, des œuvres d'art, des églises et des voûtes, etc., ce qui amène une grande fatigue corporelle et souvent des refroidissements, par le fait de l'exposition à l'air humide ou du séjour sur des dalles de marbre. Toutes ces visites sont la chose la plus fatigante et la plus épuisante pour les bien portants; quels ne peuvent pas être leurs effets sur les malades?

Un autre mal du séjour dans les cités continentales consiste dans les attractions de la société et de la mode, les jeunes sujets résistant rarement à la proposition de soirées, de danses ou d'amusements publics, ce qui les expose, à la suite de ces exercices violents et de ces excitations répétées, à rentrer tard la nuit, exposés à l'air froid, dont les effets fâcheux sont augmentés par la chaleur et l'air lourd de ces assemblées si nombreuses. Toutes ces irrégularités, toutes ces fatigues excessives font plus que contrebalancer les bons effets prétendus du climat. Par suite, ce qu'il convient le mieux de choisir, ce sont les endroits tranquilles, n'offrant aucune tentation de dissipation, et possédant seulement les avantages naturels du paysage et le doux stimulus d'une atmosphère claire, d'une température douce et d'une société agréable. M. Richardson l'a fait remarquer avec raison : « Rien de plus fâcheux que tous ces rafraîchissements des soirées. Plus les malades sont délicats et élégants, plus ces rafraîchissements sont fâcheux. Du vin, des glaces, des pâtisseries, des gelées pendant la nuit pour une jeune fille délicate! Comment dormira-t-elle après cela? En quel état se réveillera-t-elle? Dans quelle langueur se trouvera-t-elle le lendemain, pâle, nauséeuse et presque sans vie?... »

Une autre erreur, c'est l'idée que la chaleur est l'agent qui fait du bien dans ces cas, et l'on parle d'un climat chaud comme synonyme d'un climat sain; mais la chaleur excessive est des plus relâchantes, et elle est bien plutôt capable d'accroître que de suspendre le développement de l'exsudation tuberculeuse. Rien n'est plus commun dans ce pays que de voir les phthisiques se trouver très-mal à l'approche des jours brûlants de l'été, et se trouver comparativement mieux en hiver, lorsqu'ils évitent de s'exposer à l'action des vents froids. En fait, ce n'est pas un climat chaud que le malade doit rechercher, mais bien un climat tempéré pendant l'hiver et un climat égal pendant le printemps. A mesure que l'été approche, beaucoup d'endroits des Iles-Britanniques sont préférables, et surtout plusieurs parties de l'Ecosse. Pendant les chaleurs étouffantes qui règnent en juin, juillet et août dans le sud de l'Angleterre, j'ai

vu de nombreux malades revivre en quelque sorte en respirant pendant quelques jours l'air comparativement froid d'Edimbourg : la langueur et l'épuisement qu'ils éprouvaient, disparaissaient ; l'appétit, qui s'était détérioré ou perdu, s'améliorait ; ils avaient, par conséquent, une nutrition meilleure, pouvaient prendre de l'exercice et se rétablir. Toutes les localités à température excessive, trop sèches et trop enfermées, doivent être évitées comme nuisibles en été et en automne.

De toutes les informations que j'ai pu recueillir, il résulte donc que le meilleur climat est celui qui permettra au phthisique de passer tous les jours quelques heures en plein air, sans s'exposer au froid ou aux vicissitudes de la température d'un côté, à une chaleur excessive de l'autre. Toutes les fois qu'on peut trouver en hiver ou au printemps une localité aussi favorisée, il faut considérer les avantages qui en résultent comme dépendant plutôt de l'exercice et du stimulus qu'il donne aux fonctions nutritives, que de son influence directe sur les poumons. Il est aussi fort important de se rappeler que les arrangements intérieurs, une alimentation convenable, la stricte obéissance aux règles de l'hygiène et un traitement approprié, sont aussi nécessaires à Madère, en Italie, en Espagne ou en Egypte, qu'en Angleterre ou en Ecosse.

Mais, après tout, la grande masse de ceux qui sont affectés de phthisie n'a pas les moyens d'aller à la recherche d'un climat favorable sur le continent, ou même de rester dans un endroit abrité sur les côtes ouest ou sud-ouest de l'Angleterre. Sans doute on pourrait assurer l'immunité du froid et des changements atmosphériques, en confinant les malades dans une suite de pièces dans lesquelles la chaleur serait réglée ; mais un tel assujettissement leur est insupportable ; l'esprit ne tarde pas à devenir chagrin, ce qui est un obstacle puissant à l'accomplissement convenable des fonctions digestives ; mais, par-dessus tout, le corps est privé d'exercice, ce stimulant nécessaire pour l'appétit, la respiration et les autres fonctions. Il y a quelques années, j'avais réussi à faire garder ainsi la chambre à un phthisique pendant tout un hiver ; son moral avait beaucoup souffert ; mais, en somme, il avait supporté son emprisonnement avec résolution. L'année suivante, rien ne put le décider à se soumettre à rien de pareil et, un jour, il sortit de chez lui, monta sur une hauteur et se trouva beaucoup mieux. Depuis lors, ma conviction a été que, bien que ce confinement ait parfois des avantages, en somme c'est une pratique fâcheuse, si on la continue au delà de quelques jours.

Ce qu'il faut dans ces cas, c'est de l'exercice en plein air, à pied, à cheval ou en voiture, pourvu que le malade soit protégé contre les vents froids et que l'esprit soit distrait par des vues agréables et des conversations intéressantes, et c'est précisément ce qui fait l'avantage de toutes ces stations favorites considérées comme préférables pour les phthisiques.

Quant à l'étendue à donner à l'exercice, ce que l'on peut dire de mieux, c'est qu'il ne faut pas aller jusqu'à une fatigue considérable ; je dis considérable, parce que beaucoup de malades se plaignent d'une faiblesse et d'une lassitude qui les rendent incapables de toute espèce d'exercice. Il faut insister sur les sorties en plein air, parce que s'asseoir dans un jardin ou sur une place publique vaut mieux encore que de rester dans une chambre, la personne étant, bien entendu, aussi couverte que le comporte la saison. Marcher ou monter à cheval sont les meilleurs modes de prendre de l'exercice ; grimper lentement une colline met tous les muscles en action et stimule au mieux les fonctions respiratoires et nutritives. Tout exercice violent, subit et inégal, quel qu'il soit, doit être proscrit ; aussi est-il mieux de revenir plusieurs fois par jour à l'exercice et chaque fois sans excès, et de continuer régulièrement et méthodiquement, en l'augmentant graduellement et en variant ses caractères à mesure que les forces s'améliorent.

Il est sans doute fort important de placer le malade dans un bon climat et de lui faire prendre de l'exercice pour stimuler les fonctions respiratoires et nutritives ; mais on ne saurait trop insister également sur la nécessité d'une ventilation convenable dans les appartements et dans les chambres à coucher des phthisiques. A mesure que la maladie avance et qu'augmente la difficulté pour respirer, il devient de plus en plus important que l'air qui entre dans les poumons soit aussi pur que possible et continuellement renouvelé.

En ce qui touche l'alimentation, on peut dire en termes généraux qu'une alimentation nutritive, consistant en une grande proportion de viande chargée de graisse, est ce qui convient le mieux aux phthisiques, tandis qu'ils doivent éviter avec soin tout ce qui peut produire des acidités. Mais précisément la difficulté est de faire prendre aux malades une alimentation de ce genre, lorsqu'ils n'ont pas d'appétit et qu'ils sont exposés à des phénomènes dyspeptiques ou fébriles. Rien ne doit être négligé pour surmonter les obstacles qui empêchent la digestion des aliments en quantité suffisante et de bonne qualité ; les moyens pour y arriver varient beaucoup, suivant les circonstances, et nous en parlerons bientôt. Toutefois,

le meilleur stimulant pour l'appétit, c'est l'exercice, et de là l'importance des considérations que j'ai présentées relativement à l'utilité d'assurer au traitement de la maladie ce qui lui est essentiel, à savoir une bonne digestion et une assimilation convenable.

S'il était toujours possible de satisfaire aux trois indications précédentes, je suis convaincu qu'on guérirait un grand nombre de phthisiques. Malheureusement le médecin a à lutter non-seulement avec la gravité extrême de la maladie, mais avec de nombreuses difficultés sur lesquelles il n'a aucune prise : ainsi, dans les classes pauvres, l'impossibilité de se procurer des aliments de bonne qualité, et les mille et une imprudences que non-seulement ces classes, mais même les classes les plus éclairées, commettent si aisément. Une autre grande difficulté consiste à convaincre le malade que, même après la disparition des symptômes les plus urgents, la guérison n'est pas complète, et que ces symptômes reparaîtront si les causes qui les avaient produits précédemment se trouvent de nouveau en action. En effet, c'est lorsqu'une amélioration marquée a suivi un traitement, que commencent les embarras du médecin. Dans les établissements de charité, une fois que les malades se trouvent bien, ils insistent pour quitter l'hôpital ou pour cesser de venir au dispensaire, et j'en ai vu auxquels il m'a été impossible de persuader qu'il fallait continuer le traitement. Ils ne tardaient pas à revenir avec les mêmes symptômes ou des symptômes plus graves, et certains d'entre eux, ayant des cavernes, sortaient jusqu'à six ou huit fois de l'hôpital, se croyant toujours guéris à leur sortie. Dans la pratique particulière, et même dans les hautes classes de la société, les malades ne sont pas beaucoup plus disposés à persévérer, bien que satisfaits du résultat obtenu. On les voit céder à la séduction des plaisirs, ou se laisser gouverner par la mode et, au retour des accidents, passer d'un système de traitement à un autre, se rendre aux eaux ou dans des climats lointains, et poursuivre ainsi sans succès des avantages que la continuation d'un traitement convenable eût pu seule leur assurer. (*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des hémorroïdes non fluentes.

Par M. le docteur TH. HERPIN.

Il n'est pas de petits maux pour ceux qui les éprouvent, surtout si ces maux sont habituels ou fréquents. Les hémorroïdes fatiguent

un très-grand nombre de personnes, lors même qu'elles n'arrivent pas jusqu'à leur rendre très-difficile une marche un peu soutenue ou l'exercice de certaines professions. Pour juger, d'ailleurs, du degré d'incommodité qu'elles peuvent entraîner, il suffit de se rappeler qu'on en est venu à leur appliquer des opérations non-seulement douloureuses, mais assez graves pour avoir été quelquefois mortelles. Rendre cette infirmité toujours tolérable, la guérir souvent, moyennant exactitude et persévérance, et obtenir ces résultats par des moyens simples, non douloureux et exempts de tout danger, c'est rendre à l'art médical un service qu'apprécieront à sa juste valeur les hémorroïdaires et les médecins qui les soignent.

Les hémorroïdes *non fluentes*, je veux dire non hémorragiques, n'ont pas, sur la prophylaxie, la marche et l'issue des maladies, l'influence que beaucoup de médecins leur ont prêtée et que quelques-uns leur attribuent encore; trente-huit années d'observation attentive me permettent d'appuyer sur cette négation. On sait aujourd'hui, surtout depuis les travaux de M. le professeur Jobert, que ce sont simplement des varices du rectum. Elles sont causées et entretenues par la gêne qu'apportent à la circulation veineuse de cet intestin, tantôt, et presque toujours la constipation habituelle seulement ; tantôt et rarement la grossesse ou quelque tumeur hypogastrique.

Les hémorroïdes, à leur origine, sont plus ou moins hémisphériques; puis, si elles siégent, ce qui est le plus ordinaire, au-dessus de l'anus, entraînées au dehors par la défécation et plus ou moins étranglées par la constriction du sphincter, elles se pédiculent peu à peu. Elles rentrent spontanément d'abord; plus tard elles ont de la tendance à rester extérieures, si on ne les réduit pas ou si par le repos on ne facilite pas leur réintégration. Restées au dehors pendant un certain temps, elles se tuméfient et peuvent arriver à un volume énorme qui exige, pour leur réduction et quelquefois celle de la muqueuse rectale, l'intervention de l'homme de l'art et ensuite un repos prolongé dans l'attitude horizontale, afin de les maintenir à l'intérieur jusqu'à la prochaine évacuation alvine. Enfin, sans être même developpées à ce point, elles peuvent avoir acquis une telle facilité à sortir, qu'elles s'échappent pendant la moindre marche ou une station un peu prolongée; elles constituent alors une des plus désagréables infirmités.

Rentrées dans le rectum, les hémorroïdes restent inaperçues, à moins d'accidents récents. Si on les réduit immédiatement après chaque évacuation et si on évite, dans les intervalles des selles,

les diverses circonstances qui en amènent la sortie, ces tumeurs diminuent lentement de volume; elles se pédiculent toujours davantage, aux dépens de la partie globuleuse; elles arrivent même, avec le temps, à se flétrir ou à se convertir en un simple cordon. Seulement si la cause qui les a produites continue à agir, à côté des hémorroïdes en voie de décroissance, il s'en forme de nouvelles; comme les varices des jambes, guéries par l'obturation de quelque veine, sont à l'ordinaire remplacées par d'autres tumeurs de même espèce.

Pour guérir ou, tout au moins, soulager notablement, il faut donc avoir recours à deux sortes de moyens : 1° ceux qui sont propres à faciliter la réduction des hémorroïdes, à les maintenir réduites et à favoriser leur résolution par une action astringente; 2° les moyens destinés à détruire et à prévenir la constipation.

Le remède topique, le plus généralement employé contre les hémorroïdes, est l'*onguent populéum*. Je l'ai conseillé longtemps et j'en ai suivi les effets sur un grand nombre de patients; il ne m'a pas été possible de lui trouver la moindre propriété curative. Il n'agit pas autrement qu'un corps gras propre à oindre les tumeurs et à aider la réduction; sous ce rapport même, sans parler des inconvénients de sa couleur pour le linge, il ne vaut pas d'autres substances analogues. Quant à maintenir les hémorroïdes réduites, la théorie actuelle de l'action des solanées vireuses sur les sphincters n'autoriserait guère à espérer cet effet d'un onguent où entre la belladone, la jusquiame et quelquefois la morelle. Le cérat, l'axonge même, en été, n'ont pas une fermeté suffisante pour prévenir l'issue des tumeurs réduites; la graisse de mouton, surtout en hiver, ne rend pas la réduction assez facile.

Après bien des essais peu fructueux, j'ai fini par composer une pommade qui remplit le triple but de favoriser la réduction, la rétention et la résolution des hémorroïdes; je lui ai dû de très-heureux succès. Voici sa composition :

Pr. Tannin........................ 1 à 3 grammes.
Cold-cream...................... 15 grammes.

Mêlez avec soin.

Le mélange a la consistance d'huile figée; il est très-onctueux, il n'a pas d'odeur; il ne tache pas sensiblement le linge, il se conserve plusieurs mois sans s'altérer.

Après en avoir enduit les tumeurs, on se hâte de les faire rentrer. Peu d'instants après, le toucher montre une constriction de l'anus et une sécheresse relative de la muqueuse, qui ne permettent

pas l'issue facile des hémorroïdes, pour peu qu'on reste assis quelque temps après l'opération. Il est évident toutefois que la durée de ce repos devra être proportionnée au volume des tumeurs et à la difficulté qu'on a éprouvée à les réduire. Il pourra même être convenable, dans quelques cas, de prendre la position horizontale ; mais cela est rare.

Un excellent conseil, qu'on doit à M. le professeur Nélaton, consiste à prendre l'habitude d'aller à la selle le soir avant le coucher, de manière à faire suivre la réduction des tumeurs d'un repos d'un grand nombre d'heures dans l'attitude horizontale.

La dose de tannin sera seulement de 1 gramme, quand les selles sont laborieuses, les hémorroïdes développées ou multiples; elle sera de 3 grammes dans les circonstances opposées, de 2 grammes dans les cas intermédiaires. Il résulte quelquefois de l'emploi de la pommade, lorsque les hémorroïdes sont un peu irritées, une cuisson qui peut se prolonger pendant un quart d'heure environ (¹).

La condition essentielle de succès dans ce traitement, est de se hâter toujours de faire rentrer les tumeurs, à l'aide de l'onguent, dès qu'elles se sont échappées à l'extérieur. Il est donc nécessaire que le malade porte sur lui le moyen auxiliaire de réduction. L'onguent sera contenu dans l'un de ces petits flacons à sels anglais, bas, à large col et fermé avec un bouchon de liége surmonté d'un disque de bois. Ce petit détail ne paraîtra pas inutile aux praticiens soigneux qui ont appris par expérience toute la valeur des procédés dans l'application des méthodes de traitement.

En réduisant toujours sans délai les hémorroïdes à l'aide du moyen indiqué, on finit par prévenir leur issue sous toute autre influence que celle de la défécation ; elles diminuent alors peu à peu de volume et finissent par être inaperçues, quelle que soit leur ancienneté, si l'on favorise la guérison en détruisant la cause ordinaire de la maladie, la constipation. Toutefois il ne faudra cesser de faire usage du cold-cream au tannin que lorsque les tumeurs rentreront d'elles-mêmes après les évacuations et ne sortiront plus dans les intervalles.

II. Dans le but de rendre les selles régulières et faciles, on a proposé des moyens innombrables ; et des fortunes s'édifient constamment sur la vente de pilules, d'élixirs, etc., destinés à remplir cette indication. Je ne parlerai que de quelques-uns de ces agents, comme type de chacune des catégories dans lesquelles ils peuvent

(¹) On doit, dans ces cas, affaiblir la pommade ou lui substituer le *cold-cream* pur.

être rangés. Les drastiques sont les plus généralement employés, à cause de leur administration facile et de la constance de leurs effets; ils constituent cependant de fâcheux palliatifs, parce qu'ils ne font qu'augmenter la disposition qu'ils sont censés détruire. On en peut dire autant, quoiqu'à un moindre degré, d'autres purgatifs moins énergiques : calomel, séné, sels alcalins, huiles, manne, etc. Les minoratifs les plus doux qui ne purgent que par indigestion, comme le petit-lait, la moutarde blanche, etc., perdent vite leur action, à mesure qu'on en répète l'usage, et fatiguent les organes digestifs. Il en est à peu près de même des diverses espèces de pain, dans lesquelles on fait entrer une proportion plus ou moins grande d'éléments peu ou point alibiles.

On a attribué des propriétés laxatives douces et soutenues aux solanées vireuses, à la belladone en particulier. Moi-même j'ai cru les trouver dans l'extrait de jusquiame; mais une très-grande expérience du datura, de la belladone et de la jusquiame, aux doses les plus variées et pendant de longues périodes, n'a pas confirmé cette vertu: j'ai tenu note avec soin, dans des centaines de cas, de l'action de ces substances sur les voies digestives; et la conclusion en est que ces médicaments, soit en nature, soit en extrait, aux doses non toxiques, ne modifient pas, le plus souvent, le nombre et la consistance des évacuations alvines. Presque toujours, quand elles ont quelque action à ce point de vue, c'est plutôt en procurant de la constipation que des selles faciles, à moins qu'elles ne déterminent, ce qui arrive de temps en temps, des coliques avec de la diarrhée. L'extrait de jusquiame ne m'a paru avoir qu'un avantage, au point de vue que nous étudions ici, c'est celui d'être un bon correctif des drastiques, tels que le jalap, l'aloès, la scammonée, la coloquinte, dont il atténue les effets âcres, de la même manière que la menthe prévient les coliques que donne habituellement le séné.

Je n'ai pas essayé le poivre noir, le cubèbe, le copahu, le capsicum annuum, et autres moyens analogues qui ont été conseillés contre les hémorroïdes; je n'en parlerai donc pas.

Mais j'ai fait souvent un heureux usage, chez mes malades, d'une poudre traditionnelle contre les hémorroïdes ou plutôt contre la constipation qui les entretient et les accroît. En voici la formule :

Pr. Fleurs de soufre lavées.....
Magnésie calcinée.......... } ãã parties égales.
Sucre de lait..............

Mêlez avec soin.

On en administre une cuillerée à café, plus ou moins remplie,

de manière à obtenir chaque jour une évacuation facile, deux au plus. On peut prendre le remède pendant plusieurs jours de suite, si cela est nécessaire, ou de deux en deux jours seulement, pendant une semaine, pour soulager promptement un hémorroïdaire. En en poursuivant plus longtemps l'usage, on retomberait dans les inconvénients de tous les autres purgatifs.

En dehors des palliatifs que je viens d'énumérer, il est, contre la constipation habituelle, des moyens plus efficaces et qui offrent surtout l'avantage de pouvoir être longtemps continués, ce qui est une condition nécessaire pour la guérison des hémorroïdes. Il faut d'abord remonter à la cause de la rareté et de la consistance des selles: on la trouvera le plus souvent dans la dyspepsie, surtout la dyspepsie flatulente, la plus commune de toutes. On améliorera la digestion dans ces cas, et on atteindra ainsi indirectement le but par un régime approprié et l'usage, tantôt soutenu, tantôt plus ou moins fréquent, de l'eau de Vichy ou simplement du bicarbonate de soude. Les amers ne m'ont bien réussi à l'ordinaire que dans les cas à rapports nidoreux. Quant au régime, les points les plus importants sont d'en bannir les acides, les substances grasses, les légumes venteux, le café, les spiritueux. Les autres détails de l'alimentation doivent varier avec certaines circonstances que je ne puis indiquer ici, réduit que je suis à ne tracer qu'une rapide esquisse.

Qu'il y ait dyspepsie ou non, pour régulariser les selles d'une manière durable, rien n'est à comparer à l'usage des fruits. On a, de tout temps, vanté dans ce but les fruits cuits: pruneaux, pommes, pêches séchées, etc.; j'ai vu ces aliments être plus souvent nuisibles qu'utiles dans les cas de dyspepsie; il n'est pas rare qu'ils aient alors un effet opposé à celui qu'on en attend; ce ne sont pas ceux que je conseille. La réputation du raisin ne m'a pas paru moins usurpée: il relâche les bien portants ou purge par indigestion; mais il fatigue les estomacs délicats et augmente le météorisme chez les individus qui y sont sujets. Le fruit par excellence pour atteindre le but proposé, c'est la fraise. J'ai vu bien des patients, tourmentés chaque année par la constipation dans les mois où ils étaient privés de cette ressource, dont les évacuations redevenaient normales dès qu'ils avaient une suffisante quantité de fraises à leur disposition. Jamais je n'ai observé que ce fruit fatiguât les dyspeptiques, lors même qu'il était pris en assez grande quantité, mais avec addition de sucre et d'un peu de vin coupé ou non. Les fraises seront prises tous les jours, à un repas au moins; elles doivent être bien mûres. On s'en procure aujourd'hui pendant

la plus grande partie de l'année. En juillet et août, où ce fruit est plus rare, on peut le remplacer par la pêche, bien mûre aussi. Les poires fondantes pourront alterner : en automne avec les fraises qui reparaissent dans cette saison, en hiver avec les dattes molles dont j'ai constaté et la digestion facile et l'efficacité contre la constipation. Les dattes, que je n'ai pas prescrites aussi souvent que les fraises, ni depuis aussi longtemps, me paraissent s'en rapprocher beaucoup, au point de vue que nous examinons. A côté de ces quatre fruits, je n'en connais aucun qui puisse leur être comparé.

On peut résumer en trois points les moyens que l'expérience m'a appris être, à l'ordinaire, les plus sûrs pour améliorer et même guérir à la longue les hémorroïdes non fluentes :

1° Les réduire toujours immédiatement et les maintenir réduites, à l'aide du *cold-cream* au tannin.

2° Combattre la dyspepsie, cause la plus fréquente, par le bicarbonate de soude et l'abstinence des acides, des substances grasses, des légumes venteux, du café et des spiritueux.

3° Régulariser les selles par l'usage, selon la saison, de l'un des quatre fruits suivants : fraise, pêche, poire fondante, datte molle.

J'ai écarté de cette notice les hémorroïdes fluentes, parce que les flux sanguins de quelque importance sont l'exception et non pas la règle chez les hémorroïdaires, et parce que leur étude m'aurait entraîné à exposer sous le même cadre deux sujets d'ordres tout différents. Les flux appartiennent à l'histoire des hémorragies spontanées sujettes à récidive; les questions qu'ils soulèvent ne ressemblent point à celles que nous avons examinées, soit qu'il s'agisse de déterminer les circonstances dans lesquelles on doit respecter ces pertes, les modérer, les éloigner ou les prévenir, soit qu'on étudie les moyens d'obtenir ces derniers résultats.

Je dois dire cependant que le traitement que j'ai conseillé pour les hémorroïdes non fluentes, doit être associé, mais avec prudence, aux autres médications jugées opportunes, dans les cas où l'on veut différer, atténuer ou supprimer les retours de l'écoulement sanguin.

Documents statistiques sur divers points de chirurgie avec observations et commentaires. — Hernies inguinales.

Par le docteur AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, etc. [1].

Les résultats que j'ai obtenus dans mes opérations de hernies inguinales étranglées ont été jusqu'à ce jour tout à fait désastreux ;

[1] Suite. — Voir la livraison du 30 mars, p. 249.

quatre fois j'ai fait la kélotomie, quatre fois les malades ont succombé. A la vérité, j'ai obtenu par le taxis des réductions assez fréquentes, qui m'avaient toujours fait défaut dans la hernie crurale. Je n'ai malheureusement pas pris une note exacte de tous les cas où j'ai pu faire rentrer l'intestin, et je ne citerai que trois faits récents que j'ai observés dans le cours des deux dernières années. Deux fois, il ne s'agissait point d'étranglements véritables, mais de ces pseudo-étranglements sur lesquels M. Malgaigne a tant insisté et avec tant de raison. Lorsqu'on a appris à poser le diagnostic de cette variété, ce qui est facile dans la majorité des cas, on obtient presque toujours la guérison par un traitement approprié dans lequel le taxis n'intervient qu'accessoirement. Dans des cas de ce genre, l'emploi des moyens thérapeutiques rend de véritables services, surtout les bains, les lavements purgatifs, la glace ou les saignées locales. Ce sont ces faits, à mon avis, qui font le triomphe d'une foule de moyens empiriques recommandés à chaque instant dans les recueils périodiques.

Mais, encore une fois, il ne faut pas confondre ces accidents avec l'étranglement véritable. Tout récemment, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai soigné un malade atteint d'une arthrite grave du poignet et chez lequel deux fois, à quelques jours d'intervalle, une grosse hernie inguinale est devenue irréductible, quoiqu'elle fût habituellement rentrée et facilement maintenue dans le ventre par un bandage ordinaire.

La première fois, le taxis réussit sans peine lorsque le malade fut reporté dans son lit après un bain chaud d'une heure et demie ; la seconde fois, même résultat, après l'application d'une vessie de glace maintenue trois ou quatre heures sur la hernie. J'avais, à dessein, et pour l'instruction des élèves, mis en usage ces deux moyens si différents en apparence. Cinq ou six minutes de taxis fait par moi-même, avec beaucoup de douceur, suffirent pour amener la réduction. A la vérité, l'irréductibilité était de date très-récente, car le malade, étant à l'hôpital, avait reçu des secours prompts. C'est à la douzième et à la quinzième heure que le taxis fut exécuté. Les accidents généraux et locaux offraient encore très-peu d'intensité, et, les choses remises en place, l'accident n'avait eu aucun retentissement ultérieur.

L'année dernière, à l'hôpital Beaujon, j'avais vu un cas très-analogue, et dont la relation me paraît superflue, tant les faits de ce genre sont communs et connus de tous les chirurgiens tant soit peu expérimentés. Cependant, je me rappelle avoir été un jour plus

embarrassé. Mon excellent ami, le docteur Blain des Cormiers, me pria de voir un de ses clients qui était atteint d'une hernie inguinale gauche de volume moyen, habituellement réduite et contenue par un bandage, mais qui, ayant fait brusquement issue dans un effort, était devenue subitement irréductible. Le patient avait vainement essayé la réduction. M. Blain, appelé, n'avait pas été plus heureux, et moi-même j'échouai dans une première séance. La tumeur était très-dure et un peu douloureuse, les nausées survenaient. Je pensai qu'il s'agissait d'un véritable étranglement ; je fis prendre un bain de deux heures : le malade, qui n'avait pas eu de sommeil la nuit précédente, s'endormit dans l'eau. Je revins à la fin du bain et fis placer le malade sur son lit, le bassin très-élevé. Au bout de dix à douze minutes de taxis, la hernie rentra progressivement; elle était sortie depuis dix-huit heures environ. Le rétablissement fut très-prompt.

Dans les cas de ce genre, s'il y a péritonite herniaire, je diffère toujours le taxis et commence le traitement par les applications locales convenables. Si l'issue des viscères est récente, je crois également utile de ne pas débuter d'emblée par l'application manuelle; il me semblerait préférable d'administrer un bain ou tout autre moyen susceptible de faciliter la réduction et de ne pas toucher tout d'abord à la hernie. Deux heures de retard sont peu de chose, et il m'a semblé qu'on réussissait mieux après ce délai convenablement utilisé.

Je me suis déjà exprimé sur le compte du taxis forcé, je l'ai pourtant vu réussir presque sous mes yeux, mais sans mon assentiment. Un homme très-robuste et très-dur au mal entra à l'hôpital Beaujon pour une hernie inguinale droite, qu'il portait depuis longtemps, et qu'il contenait avec un bandage pour le moment très-détérioré. Plusieurs fois déjà la hernie était sortie et devenue irréductible. Le malade alors se couchait, et, après un temps plus ou moins long, replaçait les viscères. Cette fois, l'étranglement survenu brusquement la veille, dans l'action de soulever un fardeau, avait résisté aux tentatives du patient, qui avait travaillé cependant toute la nuit à la réduction. A la visite du matin, je trouvai la tumeur dure, irréductible et réellement étranglée en apparence. Les phénomènes généraux commençaient à se manifester, mais inquiétaient peu notre homme. Je fis quelques essais de taxis, mais avec modération et méthode. Le malade m'avertit à plusieurs reprises que je ne réussirais pas, en y mettant des ménagements semblables. Je lui laissai faire devant moi le taxis comme il l'entendait, et fus effrayé de la manière

violente dont il l'exécutait. Au reste, les téguments portaient les traces évidentes des pressions énergiques pratiquées pendant la nuit, ils étaient rouges et ecchymosés. J'engageai notre homme à plus de modération. Je prescrivis un grand bain, un lavement belladoné et des cataplasmes sur la tumeur, promettant de revenir le soir. A quatre heures, je revins en effet; je trouvai le malade profondément endormi : la hernie était réduite. A la sortie du bain et après avoir pris le lavement narcotique, il s'était manifesté du soulagement, et le patient avait repris courage. Sans rien dire à personne et mettant un certain amour-propre à se guérir lui-même, il avait recommencé son rigoureux taxis; au bout de trois quarts d'heure, la hernie était rentrée. J'ai soumis ma main à l'action des doigts de cet homme ; il me pressait si fort que je ne comprends pas comment il n'a pas perforé son intestin. Au reste, celui-ci avait évidemment souffert; en effet, les premières selles qui suivirent la réduction renfermaient une proportion notable de sang noir, et même plusieurs caillots du volume d'une noisette.

Je reviendrai dans un instant sur cette hémorragie intestinale.

Je dois reconnaître, toutefois, qu'aucun accident ne se déclara, et que, malgré mes conseils, le malade voulut absolument quitter l'hôpital le lendemain, ne voulant pas croire que sa vie avait été réellement en danger.

Quoique peu désireux d'obtenir de mon propre fait un pareil succès, je n'ai pas cru devoir le passer sous silence ; tout en répétant que notre homme a été plus heureux que prudent.

J'ai pu, du reste, dans un cas que j'ai opéré, voir les lésions causées par le taxis forcé.

Je fus appelé en 1858, à sept heures du matin, auprès de M. S***, âgé de soixante et onze ans, et qui souffrait depuis quelques heures seulement d'une hernie inguinale droite étranglée.

Cette hernie sortait quelquefois, malgré le bandage; mais il suffisait de quelques pressions exécutées dans le décubitus horizontal pour faire rentrer les viscères. Après un repas composé d'aliments indigestes, M. S*** se coucha sans inquiétude, mais il fut réveillé vers minuit par des coliques avec nausées, etc. La hernie était au dehors et ne pouvait se réduire. Un médecin fut appelé à quatre heures du matin (nous étions au mois de mai) et se mit aussitôt en devoir de réduire. Il y mit beaucoup de persévérance, car il espérait toujours réussir, tant était récente l'issue de l'intestin. Après plus de deux heures de taxis, il abandonna momentanément la partie

et prit la peine de venir lui-même me chercher pour me rendre compte de ce qui s'était passé.

Revenus près du malade, nous constatâmes les détails suivants : M. S*** est de faible constitution, maigre et petit.

La hernie est assez volumineuse, elle descend dans le scrotum, presque jusqu'en bas, et forme jusqu'à l'orifice profond du canal inguinal un cylindre oblique, de 4 à 5 centimètres de diamètre ; la consistance inégale permet de reconnaître l'existence de l'épiploon et de l'intestin.

Le ventre n'est encore ni ballonné, ni douloureux; la fièvre existe, mais très-modérée, et résulte peut-être moins de la lésion que de l'insomnie, et des douleurs très-vives qu'a déterminées le taxis prolongé. Il y a des éructations fréquentes et quelques vomissements de bile mélangée à des aliments non digérés. La tumeur est extrêmement douloureuse au toucher, et les téguments dénotent par leur rougeur l'intensité des efforts faits pour réduire. M. S*** demande instamment du repos et se refuse à toute nouvelle manœuvre.

Le médecin et moi-même n'avions pas songé à l'opportunité d'une opération immédiate, et nous voulions seulement essayer l'anésthésie pour aider la réduction. J'administrai donc moi-même le chloroforme, qui fut, du reste, bien supporté. On sait que, pour tirer parti de cet agent dans les hernies étranglées, il faut arriver jusqu'à la résolution complète. Malgré mes conseils, mon confrère cherchait toujours à faire rentrer les viscères, pendant que je dirigeais les inhalations. Il provoquait des douleurs et de l'agitation, qui retardèrent beaucoup l'invasion du sommeil anésthésique. Je voyais en même temps qu'il pratiquait le taxis avec une énergie si grande que j'en fus effrayé, et que je crus devoir le remplacer dans cette tâche ; en revanche, je lui confiai le soin d'entretenir la chloroformisation ; mais comme son attention se fixait beaucoup plus sur la tumeur que sur l'acte important dont il était chargé, je me trouvai dans une très-grande perplexité, car entre ses mains, le chloroforme me paraissait aussi dangereux que le taxis. J'abrégeai donc le plus possible la séance, et après dix minutes environ de pressions faites par moi-même, je déclarai la hernie irréductible : à vrai dire, c'était le fond de ma pensée, car, je reconnaissais un étranglement très-serré par le collet du sac, et cette variété, qui constitue pour la hernie inguinale l'étranglement véritable, ne laisse pas beaucoup de chances favorables au taxis.

Je déclarai la kélotomie indispensable, et proposai de la pratiquer

prochainement, car je craignais le renouvellement du taxis forcé et ses effets funestes sur les viscères incarcérés qui certainement avaient dû en souffrir. Une opération prématurée me paraissait avoir moins d'inconvénients qu'une temporisation pleine de dangers ; un bain prolongé fut prescrit, et je revins à dix heures, accompagné de M. le docteur Touzelin, mon interne d'alors, et auquel je confiai en toute sécurité l'administration du chloroforme.

Mon confrère avait encore fait dans le bain quelques essais de taxis, qui étaient restés infructueux. L'opération ne présenta aucune particularité digne d'être notée ; nous découvrîmes les viscères ; en dedans se trouvait une masse considérable d'épiploon ecchymosé par places et ailleurs presque entièrement sain. Il avait contracté avec la face interne du sac des adhérences anciennes, multipliées, très-solides, qui me mirent dans l'alternative de le réséquer ou de l'abandonner à la suppuration. Je pris un parti mixte. Comme les adhérences remontaient très-haut, j'appliquai une ligature sur la masse épiploïque, au voisinage du collet du sac, afin d'accélérer le travail d'élimination spontanée et pour éviter le retard considérable que subit la guérison, lorsque l'épiploon reste au dehors, se boursoufle et végète dans la plaie. Avant d'en agir ainsi, j'avais, bien entendu, débridé à l'ordinaire le collet du sac, qui était relevé assez haut dans l'intérieur du canal inguinal, et qui était fort étroit, car j'avais eu grand'peine à y faire pénétrer la pulpe de l'indicateur pour conduire le bistouri courbe.

Séance tenante, je constatai une lésion intestinale très-curieuse. L'anse herniée appartenait à l'intestin grêle, elle n'avait pas moins de cinq pouces de longueur (si on l'eût mesurée étendue), elle était en contact immédiat avec la paroi antérieure du sac, et l'épiploon rejeté en dedans ne la protégeait pas ; elle avait donc supporté directement les efforts du taxis, n'étant séparée de la main que par les enveloppes surperficielles assez minces, en raison de la maigreur du sujet. Cette anse était d'un rouge sombre très-foncé, comme un caillot sanguin. Toutefois, elle avait encore à sa surface le poli de la séreuse. Elle était fortement distendue par un contenu solide, ce qui lui donnait l'aspect extérieur et la consistance d'un bout de boudin. Lorsque le débridement fut pratiqué, j'attirai cette anse au dehors pour examiner l'état de la paroi au niveau de la constriction, et remarquai, non sans quelque surprise, qu'au niveau même du point étranglé et dans les parties adjacentes, la coloration de l'intestin était presque normale ou seulement un peu rouge. La teinte sombre occupait exclusivement la portion de l'anse qui, ayant fran-

chi l'anneau cutané, se trouvait exposée à l'action de la main pendant le taxis; elle avait son maximum sur le sommet de la convexité de l'anse. Il y avait donc bien évidemment contusion de l'intestin et infiltration sanguine de ses parois. J'en eus bientôt une nouvelle preuve. Lorsque, pour le réduire, je le saisis avec les doigts, je perçus la crépitation caractéristique des caillots sanguins; aussi, je dus exécuter des pressions douces, mais répétées, pour repousser dans le bout supérieur le sang coagulé qui remplissait la cavité intestinale.

La réduction fut enfin parachevée. Un pansement simple fut appliqué sans aucune tentative de réunion; un purgatif fut prescrit et amena dans la journée deux selles fortement colorées en noir. Les accidents de l'étranglement furent enrayés, et pendant deux jours les choses allèrent passablement. Cependant, la fièvre ne disparut pas complétement; la langue devint sèche dès le troisième jour, et on constata de temps en temps un peu de délire. Pendant une nuit, le malade défit tout le pansement et laissa la plaie exposée à l'air une partie de la journée. La masse épiploïque, dès le lendemain de l'opération, commença à noircir et à se flétrir. L'appétit était nul, les selles n'étaient obtenues qu'à l'aide de lavements, et l'état général devint de plus en plus grave, l'adynamie faisait des progrès incessants. Le délire devint continu, puis se compliqua de hoquets. Le ventre se ballonna, sans être très-douloureux à la pression. Le cinquième jour, la mort survint dans un état comateux prononcé. L'autopsie ne fut pas faite. Je ne sais trop à quelle cause rapporter exactement l'issue funeste, et malgré l'absence de vomissements et de douleurs abdominales, je suppose qu'il a dû exister une péritonite, dont le grand âge et la débilité du sujet ont amoindri l'acuité des symptômes, fait commun dans les phlegmasies des vieillards, qui se traduisent si souvent par un état typhoïde.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Pommade de stéarates de quinine et de soude à la glycérine.

Les grandes quantités de pommade de sulfate de quinine qu'il faut employer lorsqu'on veut recourir à l'administration de ce sel par la méthode iatraleptique et les faibles résultats qu'on obtient ont conduit M. Thirault, pharmacien à Saint-Etienne, à proposer une autre combinaison pharmaceutique. Partant du principe que

la substance médicamenteuse n'est sûrement absorbée qu'autant qu'elle se dissout complétement dans son véhicule, M. Thirault a pensé devoir associer le sel fébrifuge au savon et à la glycérine. Voici sa formule :

Pr.	Stéarate de quinine.............	4 grammes.
	Savon animal..................	4 grammes.
	Glycérine pure.................	32 grammes.

Faites fondre au bain-marie ; versez ensuite dans un mortier de marbre légèrement chauffé et agitez vivement pendant quelques minutes ; on aromatise le mélange avec quelques gouttes d'essence d'amandes amères ou autre.

Cette pommade contient le dixième de son poids de sel de quinine.

Le stéarate de quinine, à la faveur du stéarate de soude, se dissolvant facilement dans la glycérine, se trouve dans les conditions nécessaires à une absorption facile. J'ai la conviction, ajoute M. Thirault, que, lorsqu'on fera des expériences comparatives avec la pommade de sulfate de quinine, les avantages sous le double point de vue de l'activité et de l'économie viendront confirmer la théorie sur laquelle est fondée la formule que je propose.

Des ténifuges de l'Abyssinie (¹).

Par M. le docteur Courbon.

Habi-tsalim. — L'habi-tsalim, improprement appelé *abitzelim* par Quartin-Dillon, et *habbe-zelim* par V. Schimper, est le nom en tigré du *jasminum floribundum* (R. Br.). Ce jasmin, très-commun dans toute l'Abyssinie, s'appelle *temballal* en amhara ; c'est une plante sarmenteuse, grimpante, ressemblant beaucoup au *jasminum officinale* (Lin.).

On rencontre très-fréquemment en Ethiopie une autre espèce de jasmin, le *jasminum abyssinicum* (R. Br.), qui ne diffère guère du précédent que par sa corolle, laquelle est violacée en dehors, au lieu d'être entièrement blanche, et par les dents de son calice, qui sont longues et sétacées, au lieu d'être courtes et obtuses. Les Abyssiniens se servent indistinctement de ces deux jasmins comme ténifuges ; ce sont les feuilles qu'ils emploient : ils les mêlent aux jeunes pousses de l'*ouera* ou *aulé* (*olea chrysophylla* Lamk.). On prend une poignée du mélange, qu'on pile bien exactement entre deux

---

(¹) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 352.

pierres, en ajoutant un peu d'eau ; on fait ainsi une sorte de pâte semi-liquide qu'on avale : ce remède réussit assez bien. M. l'abbé Sapeto, interprète de la mission, m'a dit l'avoir pris plusieurs fois lui-même avec succès.

Habi-tchogo. — Voici encore une plante dont le nom a été altéré par tous ceux qui en ont parlé. Ainsi Aubert-Roche l'appelle *abbatsjogo*, V. Schimper, *habbe-tseuhukko*, et Ach. Richard, *mitchamitcho;* mais son véritable nom est *habi-tchogo* en tigré, et *metchametcho* en amhara. Ce sont les bulbes qu'on emploie. La plante qui les fournit a été regardée par Ant. Petit comme une orchidée, et par les commissaires chargés d'examiner le mémoire de M. Aubert-Roche sur les ténifuges d'Abyssinie, comme voisines de l'*ixia bulbocodium* (Lin.). Il est vrai de dire que ces commissaires, qui étaient Duméril et Mérat, n'avaient vu que les bulbes de la plante. Aujourd'hui il est démontré que ces bulbes appartiennent à une oxalidée, l'*oxalis anthelminthica* (Ach. Richard). C'est une très-jolie plante, poilue dans toutes ses parties, à tige souterraine, terminée par une bulbe ovoïde de la grosseur d'une châtaigne, à feuilles radicales trifoliées, du milieu desquelles s'élève une hampe couronnée de fleurs purpurines. Les bulbes, comme nous l'avons dit, sont seuls usités et à la dose de 60 grammes ou plus ; les Abyssiniens les croquent par poignées, comme on ferait de petits oignons ; ou bien, après les avoir écrasés sur une pierre, il les mêlent avec du taidje ou du thalla, et passent ce mélange avec expression à travers un linge ; ils obtiennent ainsi une potion qui n'a pas trop mauvais goût. L'habi-tchogo agit presque aussi bien que le cousso ; mais ce n'est que douze ou quinze heures après son administration que l'expulsion du ver peut être obtenue.

Belbelta. — Ce ténifuge, encore fourni par le règne végétal, est appelé par V. Schimper *bolbilda*, et par Quartin-Dillon *bilbilla*, mot abyssinien qui veut dire petite clochette, grelot. Son véritable nom est *belbelta*, que l'on trouve dans le *Voyage en Abyssinie* de MM. Ferret et Galinier. Cette plante, dont la synonymie est assez embrouillée, appartient à la famille des amarantacées. Elle constitue le *celosia adoensis* (Hochst.), *celosia trigyna* (Lin.), *achyranthes decumbens* (Forsk.), *lestibudesia trigyna* (R. Br.). C'est une petite plante herbacée à tige dressée, rameuse, presque quadrangulaire, glabre, de 50 centimètres de hauteur, à feuilles alternes, pétiolées, ovales ou ovales-oblongues, à fleurs d'un blanc brillant, disposées à l'extrémité des tiges en petits glomérules qui forment des grappes. D'après Schimper, ce sont les feuilles, les fleurs, et les

fruits qu'on emploie contre le ténia; tandis que, pour MM. Ferret et Galinier, ce sont les semences pilées. Suivant ces derniers auteurs, c'est un remède dangereux qui détermine de vives douleurs. Il m'a été impossible d'avoir des renseignements précis à ce sujet.

Soaria. — Le soaria, nommé par Schimper *saoria*, est un petit arbrisseau fourni par la famille des myrtinées, le *mæsa picta* (Hochst.), *mæsa lanceolata* (Forsk.). Il ne se rencontre que sur les points du plateau éthiopien qui sont situés à 2,000 mètres au moins au-dessus du niveau de la mer. La partie employée est le fruit frais, ou, ce qui est le plus fréquent, desséché : on le réduit en poudre et on le prend en l'incorporant à du cheuro ou à de la bouillie de froment. La dose est de 32 à 44 grammes. Suivant Schimper, il agirait aussi sûrement que le cousso.

Roman. — C'est le nom en tigré, en amhara et en ghèeze [1], du grenadier *punica granatum* (Linn.). En Abyssinie, comme en Europe, l'écorce de la racine est la partie usitée; mais ce moyen est rarement employé.

Ténifuges peu connus. — Enfin V. Schimper range encore parmi les ténifuges d'Abyssinie l'angogo, fruit d'une plante non encore déterminée, et l'ogkert, qui serait la racine d'une caryophyllée, le *silene macrosolen* (Hochst.). Malgré mes recherches, je n'ai rien pu savoir de précis sur ces deux plantes. J'ai seulement appris que le mot *ogkert* n'existe pas dans la langue éthiopienne, et qu'il n'a pas même la construction et la consonnance d'un terme abyssinien.

Du reste, de tous ces ténifuges, le cousso, le mesenna et le metchametcho sont à peu près les seuls usités.

Autres plantes médicinales des Abyssiniens.

Un grand nombre d'autres végétaux sont employés dans diverses maladies. Il n'est peut-être même pas de plante en Abyssinie qui n'ait sa vertu réelle ou supposée. Nous ne citerons ici que quelques-unes des principales.

Endaholla.— C'est le nom en tigré et en amhara [1] d'une crassulacée très-commune dans toute l'Abyssinie, le *alanchoc glandulosa* (Hochst.). Les fruits pilés et mêlés au miel passent pour exciter les contractions de l'utérus et favoriser l'accouchement.

Imbouaï. — On appelle ainsi le fruit d'un solanum, le *solanum marginatum* (Linn.)., également très-commun sur tout le plateau

---

[1] Ancienne langue des Abyssiniens.

éthiopien. Les tranches de ce fruit, en applications sur le cuir chevelu, seraient employées avec beaucoup d'avantage dans le traitement de la teigne. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette plante est un excellent dépilatoire, et qu'on s'en sert journellement dans le pays pour faire tomber le poil des peaux.

Melita. — Cette plante, appelée par Bruce *woginoos*, appartient à la famille des xanthoxylées et constitue le *brucea antidysenterica* (Mill.) On la rencontre sur les pentes du Debra-Tzai, qui conduisent dans le Kolla. Elle est très-vantée dans le traitement de la dyssenterie et des diarrhées. Ce sont les fruits pilés dans une certaine quantité d'eau qu'on emploie. Bruce dit s'être guéri en quelques jours avec ce remède une dyssenterie des plus rebelles.

Tenchaié. — Plante de la famille des capparidées et constituant le *adaba farinosa* (R. Br.). Les infusions de ses feuilles sont employées en gargarismes dans les angines.

Mentionnons encore parmi les plantes médicinales qui se rencontrent très-fréquemment en Abyssinie : l'*euphorbia lathyris* (Lin.) et l'*euphorbia petitiana* (A. Rich.), dont les graines sont mêlées quelquefois au cousso pour favoriser son action ; le ricin, *ricinus communis* (Lin.), appelé dans le pays *goulkòua* ; le tamarinier, *tamarindus indica* (Lin.) et deux belles espèces d'aloès que l'on trouve presque partout.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des helminthes et spécialement du ténia en Abyssinie.

Le fait médical le plus remarquable en Abyssinie est sans contredit celui qui est relatif au ténia. Hommes, femmes, tout le monde dans cette contrée a cet entozoaire, et l'on prend régulièrement tous les deux mois le cousso, pour remédier aux principaux accidents qu'il détermine. Les signes pathognomoniques de la présence du ténia chez l'homme n'ont pas été toujours décrits d'une manière exacte. On parle en effet avant tout de coliques ; mais les douleurs abdominales n'existent pour ainsi dire jamais, en Abyssinie du moins. Ces signes se réduisent : à un sentiment de constriction se manifestant de temps à autre au-devant des tempes ; à une espèce d'engourdissement se montrant également de temps à autre dans les articulations, principalement dans celles du poignet et du genou ; à un trouble passager de la vision, produit comme par un voile qui passerait devant les yeux ; à des démangeaisons dans les na-

rines; parfois, à une sorte de gêne à l'épigastre, comme si l'estomac se trouvait trop chargé; enfin et surtout, à une bave abondante qui s'écoule de la bouche pendant le sommeil, et à l'issue par l'anus de fragments de ténia. Ce dernier phénomène a constamment lieu lorsque le ténia a acquis un certain développement.

On a accusé tour à tour, comme produisant le ténia chez les Abyssiniens, le pain de teff, l'hydromel ou taidje, et l'eau; mais aujourd'hui ces opinions ne sont plus admissibles, depuis qu'il est prouvé que les acéphalocystes et les cysticerques, qui ne sont que des larves de ténia, existent dans la chair des animaux et qu'ils sont ainsi introduits par l'alimentation dans le tube digestif, où ils trouvent toutes les conditions nécessaires à leur développement. Il est vrai que ces larves existent principalement dans la chair du porc, chez lequel elles déterminent la ladrerie, et les Abyssiniens, comme on le sait, ne font pas usage de la viande de cet animal, qu'ils regardent comme impur. Mais on a démontré qu'elles se rencontrent aussi dans la chair du bœuf, et nous avons dit que les Abyssiniens la mangent souvent crue, sous le nom de *brondo*. La cause génératrice du ténia en Abyssinie est incontestablement ce brondo, qui introduit tout vivants dans le canal alimentaire les jeunes vers à l'état d'embryons ou de larves. Il n'y a que la viande de bœuf qui se mange ainsi crue, et on apporte dans le choix et la section des morceaux un soin tout particulier. Un bœuf fournit cinquante-deux morceaux ou parts découpés toujours de la même manière, avec une véritable habileté anatomique, et ayant chacun leur nom et leur destination, suivant le rang et la qualité des individus (¹).

Le ténia n'est pas le seul entozoaire qu'aient les Abyssiniens; les enfants et même les adultes offrent fréquemment aussi l'ascaride lombricoïde. La présence de ce dernier helminthe doit être attribuée au lait, dont l'Éthiopien fait un assez fréquent usage.

Dr Courbon.

Granules de digitaline. — Rectification.

La note sur les granules de digitaline, que j'ai publiée dans le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, n'ayant pas bien rendu ma pensée et pouvant prêter à de fâcheuses interprétations,

---

(¹) Ces curieux détails n'ont été mentionnés par aucun voyageur; aussi ai-je tenu à les recueillir avec soin : j'ai soigneusement noté la région anatomique à laquelle chaque part correspond, le nom de ces parts dans la langue du pays et leur destination; mais ce n'est pas ici le lieu de nous étendre sur ce sujet.

je viens vous prier d'accueillir quelques mots de rectification.

M. le professeur Bouillaud, en se plaignant de l'infidélité qu'avaient parfois présentée à son observation les granules de digitaline, n'a pas entendu parler de la digitaline d'Homolle et Quevenne, qu'il n'a jamais cessé de prescrire et sur laquelle il professe toujours l'opinion formulée dans son rapport à l'Académie de médecine.

Cette digitaline, ainsi qu'il nous a été donné de le constater, n'a cessé d'être préparée avec les mêmes soins scrupuleux, par le même collaborateur que du vivant de Quevenne et dans les conditions indiquées du Mémoire de MM. Homolle et Quevenne (p. 34 et 35), c'est-à-dire en grandes masses, de manière à maintenir l'identité du produit.

Quant au procédé d'extraction, il est dans le domaine public. Formulé dans le Mémoire de M. Homolle, couronné en 1845 par la Société de pharmacie de Paris, il a été appliqué en 1844 par l'auteur à la pharmacie centrale des hôpitaux, en présence de MM. Soubeiran et Dublanc, ainsi que des élèves internes alors attachés à cet établissement. M. Homolle vient de nous montrer huit échantillons de digitalines françaises ou étrangères pris dans le commerce et différant toutes entre elles, sans qu'aucune nous ait paru se rapprocher de la leur, et nous indique le moyen suivant comme étant d'un emploi facile pour s'assurer de la qualité des granules de digitaline. Un granule de digitaline d'Homolle et Quevelle dissous dans 100 grammes d'eau froide et filtrée, lui communique une amertume très-franche, tandis que le même essai opéré sur six échantillons différents de granules trouvés dans le commerce, nous a donné le résultat suivant (les divers granules sont indiqués par de simples numéros d'ordre).

Numéro 1, avec 50 grammes d'eau, amertume faible; solution limpide.

Numéro 2, avec 40 grammes d'eau, amertume âpre faible; solution limpide.

Numéro 3, avec 40 grammes d'eau, amertume herbacée presque nulle; solution trouble et colorée.

Numéro 4, avec 25 grammes d'eau, amertume presque nulle; solution louche.

Numéro 5, avec 25 grammes d'eau, amertume nulle; solution très-louche.

Numéro 6, avec 25 grammes d'eau, amertume nulle, difficilement soluble.

Si l'on veut obtenir un résultat plus précis, on peut opérer ainsi :

Prendre vingt des granules à essayer, les réduire en poudre avec soin dans un mortier de porcelaine, agiter la poudre obtenue avec 4 grammes de chloroforme. Celui-ci filtré, et évaporé sur un verre de montre, doit laisser une couche vernissée jaunâtre, présentant tous les caractères de la digitaline, et notamment la propriété de se colorer en vert émeraude par l'acide chlorhydrique pur.

Ces faits viennent donc appuyer l'opinion que nous avons émise dans notre dernier article sur les granules et les dragées médicamenteuses. STANISLAS MARTIN.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies de la peau, par M. FÉLIX ROCHARD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien chirurgien de la marine militaire, médecin-adjoint de la prison des Madelonettes.

Si nous avions eu sous la main la donnée intéressante à laquelle le nom de M. le docteur Rochard se rattache dans la pathologie cutanée, nous aurions suivi une marche différente de celle que ce médecin a cru devoir suivre, dans le livre dont nous allons parler, pour l'exposer et montrer ses rapports avec la thérapeutique. Nous nous serions d'abord appliqué à réunir tous les faits qui montrent sous son vrai jour l'action de la médication particulière sur laquelle on se propose de fixer l'attention des médecins; puis, si c'eût été notre conviction, comme elle est celle de notre savant confrère, nous aurions fait tous nos efforts pour établir que cette médication est essentiellement distincte de celles avec lesquelles on pourrait tout d'abord la confondre, la médication substitutive, par exemple. Ce n'est que quand nous aurions eu établi sur des faits authentiques, irrécusables, suffisamment nombreux, et la réelle efficacité de cette médication, et son originalité non moins réelle, qu'étudiant notre sujet d'un point de vue plus élevé, plus général, nous en aurions tenté, avec toute la circonspection que commande une question si difficile, la théorisation, et surtout que nous aurions cherché à montrer que c'est sur cette donnée que doit reposer désormais la thérapeutique applicable à l'ensemble de tout un groupe d'affections particulières à l'appareil tégumentaire externe. M. Rochard, nous le répétons, n'a pas cru devoir procéder ainsi : convaincu de la vérité de l'idée qu'il a conçue, et s'en surfaisant, nous le croyons, la valeur réelle, il a suivi une marche bien plus ambitieuse, la marche synthétique, et les rares observations sur les-

quelles la conception nouvelle repose, et par lesquelles elle se démontre, sont négligemment jetées à la fin de l'ouvrage. Cette ambition de l'esprit, nous aimons à la rencontrer dans un auteur, car elle nous est une preuve que celui-ci n'est pas d'une trempe commune; mais la vérité, qui est dans les choses avant d'être dans l'esprit qui la conçoit, apparaît quelquefois plus clairement à une intelligence lucide qui fragmente son travail et met un peu plus d'humilité dans ses recherches. Quoi qu'il en soit à cet égard, voici l'exposé sommaire de l'ouvrage intéressant que publie aujourd'hui notre savant et laborieux confrère.

Sous la rubrique un peu vulgaire de considérations générales, M. Rochard traite d'abord et très-longuement, de l'anatomie et de la physiologie de la peau. Pour ce qui est de la première partie de ce travail, nous n'en dirons rien, sinon que l'auteur s'est inspiré des remarquables recherches de MM. Sapey, Robin, etc., pour décrire cette large membrane d'enveloppe, et pénétrer autant qu'il se peut dans l'analyse de sa structure intime. Il n'en est pas de même de ce qui touche à la physiologie de cet appareil : s'il met également et avec raison à contribution les travaux de ses devanciers ou des contemporains, pour éclairer les actes qui s'accomplissent dans l'appareil tégumentaire externe, il ne s'efface plus aussi complétement dans ce travail, et les idées qu'il développera plus tard pour expliquer les faits de l'ordre pathologique qui s'y passent, ou exposer la thérapeutique par laquelle il se propose de les combattre, s'y laissent déjà pressentir, ou s'y montrent déjà avec le caractère quelque peu spéculatif qu'elles revêtiront plus tard, d'une manière plus tranchée encore. Nous aurions plus d'une objection à adresser à l'auteur, sur la théorie de l'unité de formation de la peau, et surtout sur la conclusion qu'il en tire, que les maladies qui la frappent sont presque identiques, par conséquent qu'un même médicament peut être utilement employé dans ces cas en apparence très-différents; mais nous aimons mieux passer tout de suite à l'examen des principes que l'auteur effleure, lorsqu'il traite des questions de doctrine, pour nous servir de ses propres expressions. M. Rochard se pose en adversaire franc et décidé de la doctrine vitaliste. Pour se prononcer d'une manière aussi formelle sur une question de cette portée, il faudrait au moins montrer qu'on sait ce que c'est que cette question. Nous croyons que M. Rochard le sait; mais en vérité on supposerait qu'il l'ignore, si l'on s'en tenait à la bribe de discussion qu'on trouve dans son livre sur ce point. On trouve même à ce sujet, çà et là, dans l'ouvrage de notre auteur, des énormités, qui sont un véritable

anachronisme, à cette heure de la science. Nous ne savons où M. Rochard a étudié le grand mouvement philosophique qui commence en France à M. Royer-Collard, se continue d'une manière si brillante dans les leçons ou les ouvrages de M. Cousin, et emporte toute la génération sérieuse contemporaine vers un spiritualisme, dont les fondements sont plus sûrs que la plus positive des sciences; mais évidemment l'auteur balbutie là une langue qu'il ne sait pas : écoutez plutôt : « Ainsi, descendants directs de l'école d'Edimbourg, dont Reid est le chef, nos doctrinaires français se sont bornés à recommander l'observation et le classement des faits psychologiques, sans induction dogmatique quelconque, de la même manière que Cuvier recommandait à ses élèves le classement méthodique de la multitude infinie des êtres dont le monde matériel se compose, sans chercher jamais à déchirer le voile derrière lequel se cache le principe même de leur existence...; et dans ce même ordre d'idées, quoique sur un sujet différent, n'avons-nous pas vu M. le professeur Andral, disciple et gendre de Royer-Collard, professer en médecine pratique cette méthode observatrice et expectante, qui est le propre de la philosophie doctrinaire? » Eh! sans doute, cette philosophie si mal caractérisée, et qu'on semble n'avoir saisie que très-incomplétement, même dans sa méthode, pose en principe la nécessité de l'observation ; mais comment ne voit-on point qu'on ne l'a pas comprise, cette philosophie, lorsqu'on ose risquer cette expression, qu'elle n'affirme aucune induction dogmatique : classer les faits psychologiques, n'est-ce donc point admettre ces faits, n'est-ce point poser tout d'abord le principe même dont ils dérivent, n'est-ce point les séparer radicalement des faits d'un tout autre ordre? Je demande pardon au lecteur de toucher à une telle question, lorsqu'il s'agit de la pathologie cutanée, où l'auteur eût bien fait de se renfermer exclusivement; mais je ne puis passer à côté d'une conception, ou plutôt d'une critique aussi fausse, sans marquer au moins la place de la vérité qu'elle supprime.

On le voit, M. Rochard remonte loin, quand il s'agit d'établir les bases de sa doctrine; il est seulement à regretter qu'à son point de départ même il nous oblige à constater une erreur flagrante. Après avoir fait cette malencontreuse excursion dans le domaine de la psychologie, l'auteur aborde une question qui est un peu plus en harmonie avec le titre de son livre, c'est la question du vitalisme. Malheureusement, il ne nous paraît pas voir beaucoup plus clair dans cette question que dans la première. Dans son opinion, il n'y a entre les vitalistes et les organiciens qu'un pur malentendu. Nous

voudrions qu'il en fût ainsi : mais l'éclectisme de M. Rochard ne va guère à concilier les doctrines ; c'est à peine, à se borner à ce qu'il en dit, s'il serait possible à une intelligence, si perspicace qu'elle fût, de saisir ce que c'est que le vitalisme, ce que c'est que l'organicisme. Lorsqu'on ne veut qu'effleurer de telles questions, qui, quoi qu'on en dise, sont toujours à l'ordre du jour et resteront à l'ordre du jour, tant que l'intelligence humaine sera tourmentée du besoin de connaître, on ferait infiniment mieux de les omettre complétement.

M. Rochard n'a nul besoin de s'inquiéter de savoir s'il y a dans l'homme autre chose que de la matière, et les forces communes de la matière, pour établir sa thérapeutique épispastique ; mais ce n'est pas une raison suffisante pour nier les doctrines qui répondent affirmativement à cette question. Pourquoi s'engager ainsi, sans motifs plausibles, dans une voie où rien ne nous appelle? Toute cette critique sans portée, sans force, sans profondeur, était à supprimer : il était plus simple et plus logique tout ensemble, après avoir fait l'anatomie de la peau, après avoir exposé ce qu'on sait de la physiologie de cette vaste membrane, de faire comme tous les dermatologistes, de faire de la dermatologie. C'est ce que fait l'auteur, mais ce qu'il fait trop tard.

Les maladies de cet ordre dont traite aujourd'hui M. Rochard, ce sont les dartres proprement dites, et qui sont pour lui l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis, le lichen, le prurigo, l'impétigo, le sycosis et l'acné. Nous ne conseillerions à personne de se contenter de la description que donne notre savant confrère de ces diverses maladies, pour s'en faire une idée complète, elles y sont décrites d'une façon trop sommaire : c'est à d'autres sources, aux livres de MM. Devergie, Cazenave, Gibert, qu'il faut s'adresser pour s'édifier complétement sur ce point ; mais il y a dans ce livre une vue thérapeutique nouvelle qui, pour n'avoir pas l'immense portée que lui attribue l'auteur, ne manque certainement pas d'originalité, et qu'on trouve largement exposée là, et qu'on ne trouve guère que là.

Tout le monde sait que la médication topique que M. Rochard oppose aux déterminations locales de l'herpétisme, c'est l'iodure de chlorure mercureux. Cet agent, employé suivant une méthode que l'auteur décrit longuement, détermine sur les points où il s'applique une sorte de poussée qui, dans une certaine mesure, peut être assimilée à ce que depuis longtemps on appelle la *poussée thermale* : seulement, ici l'effet de la réaction est général, là il est borné au point

même où agit l'agent médicateur. L'auteur a bien recours en même temps à quelques autres moyens que la tradition consacre, il emploie même à l'intérieur l'iodure de chlorure mercureux; mais le point essentiel de la médication consiste évidemment, suivant la conviction de M. Rochard, dans l'action topique de cet agent, et il explique son efficacité par l'expulsion de produits morbides semblables ou analogues à ceux fournis par l'organe affecté. En deux mots, l'iodure de chlorure mercureux est une sorte de maturatif spécifique qui, en dégorgeant les tissus malades, les ramène à l'état normal. Cette théorie est bien simple; il ne faut pas grand effort de l'imagination pour la comprendre; mais qu'importe, si elle est vraie: et nous croyons qu'elle est vraie: seulement, cette vérité, pour nous, se renferme dans des limites infiniment plus restreintes que ne le croit l'auteur. Nous pensons surtout que ne voir dans les dartres que le traumatisme local, c'est une conception essentiellement erronée, et qui ne va à rien moins qu'à immobiliser la thérapeutique de ces affections dans une chirurgie qui ne prévient rien, et qui ne combat efficacement qu'un très-petit nombre de localisations sans lien vivant avec l'organisme. La médication de M. Rochard est une médication de cet ordre, à ce titre elle n'est pas sans valeur, mais elle ne nous paraît pas avoir une autre portée. L'auteur est loin de penser ainsi, mais il n'a pas prouvé jusqu'ici qu'il faille penser autrement. M. Rochard est un homme intelligent, laborieux, et que ne doit pas déconcerter la critique. Qu'il démontre ce qu'il n'a fait jusqu'ici qu'affirmer, et nous serons heureux de proclamer son triomphe.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveau mode de traitement des déchirures périnéales par l'emploi d'éponges imbibées de solutions de chlorure de chaux. — Quoique nous ne partagions pas complétement l'opinion de M. Hervieux sur l'inanité des ressources que la chirurgie offre pour triompher des déchirures périnéales, nous ne nous empressons pas moins de reproduire la note que notre laborieux confrère vient de publier sur l'application nouvelle des pansements au chlorure de chaux au traitement de l'un des plus graves accidents qui puissent suivre les accouchements. Nous citons textuellement la partie de son travail dans laquelle il rend compte du résultat remarquable qu'il a obtenu dans ses deux premiers essais.

Ce mode de pansement, dont j'ai fait connaître les effets physiologiques et thérapeutiques, dit M. Hervieux, consiste tout simplement dans l'application permanente sur les surfaces malades d'une éponge imbibée d'eau chlorurée (une partie de chlorure de chaux sur une quantité d'eau que je fais varier de dix à quinze parties, suivant l'intensité du mal, la susceptibilité des organes qui en sont le siége, etc.). L'éponge est réimbibée de ce liquide quatre à cinq fois par jour, et maintenue à l'aide d'une toile cirée et de quelques tours de bande.

Quel est l'effet de ce système de pansement sur la déchirure périnéale? Il est facile à concevoir. L'éponge introduite dans le cloaque, où elle se maintient sans pansement auxiliaire, en raison de la disposition des parties, absorbe tous les produits de sécrétion qui viennent se rendre dans cette espèce d'égout collecteur, soit qu'ils émanent de la plaie elle-même, soit qu'ils proviennent de l'utérus, du rectum, ou enfin de la vessie. D'une autre part, l'eau chlorurée qui imbibe l'éponge agit sur les liquides que celle-ci absorbe au fur et à mesure de leur production, les neutralise, les décompose ou les dissout, en telle sorte que, si l'application de l'éponge est exacte et bien faite, on observe les phénomènes suivants : 1° Désinfection absolue du cloaque ; 2° Absence plus ou moins complète des produits de sécrétion à la surface de la plaie : j'en excepte, bien entendu, les matières solides qui pourraient provenir du rectum; 3° Aspect remarquablement vermeil de la surface malade, qui tend chaque jour, d'une manière plus manifeste, vers la réparation ; 4° Finalement, cicatrisation régulière, ne laissant après elle aucune difformité appréciable.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus sur deux malades atteintes de déchirure périnéale, déchirure assez étendue chez l'une d'elles pour que le sphincter fût compris en partie dans la lésion et se trouvât hors d'état de remplir ses fonctions.

Voici d'ailleurs ces deux observations :

Obs. I. *Déchirure périnéale compliquée d'ulcérations syphilitiques de la vulve et de l'anus, d'incontinence des matières fécales et de cystite purulente, le tout chez une femme phthisique. — Guérison de la déchirure périnéale et des ulcérations syphilitiques par l'application permanente de l'éponge imbibée d'eau chlorurée.* — Coulon (Rose), lingère, vingt-quatre ans, est entrée le 15 septembre 1860 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 16.

Cette femme, qui est primipare, nous apprend qu'elle est accouchée à la Maternité, le 25 août 1860. Le travail a duré deux jours ; les sages-femmes ont fait marcher la malade pendant les dernières

douleurs, et ne l'ont mise au lit qu'au moment où la tête du fœtus franchissait l'anneau vulvaire.

Immédiatement après l'accouchement, on a constaté une déchirure du périnée, et l'on a, séance tenante, appliqué sur les lèvres de la division des serres-fines qui ont dû être enlevées au bout de quatre jours, en raison de l'insuccès de cette tentative de réunion.

La malade est sortie au bout de trois semaines de la Maternité, parce que son enfant était malade ; elle est entrée le même jour à l'hôpital Necker.

Cette femme, au moment de son entrée, appelle principalement notre attention sur l'état de son enfant, qui est atteint de décrépitude infantile, et ne se plaint, quant à elle, que d'un écoulement blanc très-abondant, auquel se mêlent de temps en temps des pertes sanguines. Hémoptysies antécédentes, signes de tuberculisation pulmonaire commençante ; pâleur, amaigrissement, état cachectique. Tisane de lichen, huile de foie de morue, potion avec l'extrait de ratanhia, injections détersives, régime analeptique.

Jusqu'au 29 septembre, la malade nous laissa ignorer le triste état de ses parties génitales. A cette époque, la religieuse nous apprend que cette femme souffre nuit et jour et ne retient pas ses garde-robes. En écartant les grandes lèvres, nous constatons : 1° sur la partie latérale gauche du capuchon clitoridien, une ulcération arrondie, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, ulcération terne, grisâtre, taillée à pic, d'apparence syphilitique; 2° à l'orifice du méat urinaire, un stillicidium purulent ; 3° à l'angle inférieur de la vulve, un cloaque infect, résultant d'une déchirure périnéale et que souillent d'une part un flux puriforme provenant de l'utérus et de la cavité vaginale, d'autre part les matières intestinales que le sphincter, en partie déchiré, n'est plus apte à retenir ; 4° enfin deux larges ulcérations, chacune du diamètre d'une pièce de 5 francs, symétriquement placées en arrière de l'anus et présentant les mêmes caractères que l'ulcération clitoridienne. La déchirure périnéale remonte du côté de la paroi postérieure du vagin à une hauteur d'environ 3 centimètres ; du côté de l'anus, elle n'a guère plus d'un centimètre et demi d'étendue. Il est presque superflu d'ajouter que la plaie résultant de cette déchirure est sanieuse, grisâtre et du plus mauvais aspect. L'état des parties donne lieu à des souffrances continuelles, qui s'exaspèrent au moment du passage des matières fécales. Je prescris à la malade la liqueur de Van Swieten, des bains de sublimé, et je fais appliquer en permanence, sur le périnée déchiré, une éponge imbibée d'eau chlorurée au 6e. L'éponge se maintient en place dans cette cavité, sans aucun pansement auxiliaire. La malade réimbibe elle-même son éponge, cinq à six fois dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain, 30 septembre, sous l'influence du mode de pansement employé, l'odeur repoussante qui s'exhalait de la région ano-vulvaire a complétement disparu. La plaie, en grande partie détergée, a pris un excellent aspect ; elle est rose dans tous ses points, et, n'était l'abondance du flux puriforme fourni par l'utérus et le vagin, elle serait déjà presque entièrement modifiée. Il en est

de même de la double ulcération syphilitique située de chaque côté et en arrière de l'anus. Elle aussi a pris une très-bonne apparence; ses bords se sont affaissés, et sa couleur grisâtre a fait place à une teinte vermeille.

Le 8 octobre. L'amélioration signalée le 30 septembre ne s'est pas démentie un seul instant. La plaie périnéale et les ulcérations syphilitiques, toujours pansées de la même manière, sont restées exemptes de toute fétidité ; elles ont conservé leur apparence vermeille, et présentent de plus une tendance manifeste à la réparation. Quoique l'éponge absorbe en grande partie les produits de sécrétion fournis par l'utérus et le vagin, ces produits sont cependant encore tellement abondants, que les surfaces malades ne sont pas totalement affranchies de leur présence. L'incontinence des matières fécales et de l'urine persistent. Celle-ci est trouble et, traitée par l'acide nitrique et la chaleur, donne un léger précipité albumineux dû à la quantité assez considérable de pus qu'elle contient.

Le 15 octobre. Les parties malades ne sont plus ni gonflées, ni douloureuses, et n'exhalent pas la moindre odeur. La solution de continuité périnéale a diminué d'étendue dans tous ses diamètres. Le rapprochement de ses bords s'est déjà effectué en partie, au niveau de l'anus, et leur écartement est sensiblement moindre du côté du vagin. La plaie, bien que toujours un peu plus souillée par le pus qui vient de l'utérus et du vagin, n'en est pas moins rose et d'un bon aspect. L'écoulement involontaire des urines a notablement diminué ; mais il y a toujours incontinence des matières fécales. L'ulcération clitoridienne est cicatrisée : la double ulcération anale est en voie de réparation ; elle a perdu son apparence chancreuse pour prendre celle d'une plaie simple. Du reste, état général satisfaisant : nulle douleur dans les parties ano-vulvaires ; bon appétit. La malade, voyant son enfant dépérir chaque jour, se décide à l'allaiter de nouveau : on l'avait sevré à la Maternité. Bains de sublimé ; injections avec l'eau de feuilles de noyer ; continuation de l'éponge imbibée d'eau chlorurée sur les plaies anale et périnéale.

Le 18 octobre. Les dimensions de la déchirure périnéale sont déjà réduites de plus de moitié. Le rapprochement des lèvres de la plaie est complet du côté de l'anus, et l'on peut dire à cette heure que le périnée est déjà presque entièrement reconstitué. Du côté du vagin, le travail de cicatrisation est moins avancé ; mais cependant il est encore très-appréciable. La plaie est toujours vermeille, ses bords complétement affaissés ; aucune fétidité : on ne perçoit pas même l'odeur douceâtre et nauséeuse des mucosités utérines. La double ulcération anale se répare à vue d'œil. Etat général bon. Même traitement.

Le 25 octobre. Il ne reste de la déchirure périnéale qu'une petite plaie allongée, qui n'a pas un centimètre et demi dans son plus grand diamètre, plaie d'un aspect toujours excellent et dont il est facile de prévoir la complète cicatrisation dans un court délai. Le périnée est reconstitué et ne présente d'autres traces de sa déchirure qu'une ligne légèrement bleuâtre sur la partie médiane. La double ulcération anale est également en voie de guérison, mais l'incontinence

des matières fécales et le trouble de l'urine persistent. Encore un peu d'écoulement vaginal : pas de fièvre, pas de douleurs. La malade est gaie et continue d'allaiter son enfant.

Le 31 octobre. La cicatrisation des deux plaies anale et périnéale est presque complète. Les garde-robes sont redevenues volontaires. L'émission de l'urine reste douloureuse. Même traitement.

Le 6 novembre. Cicatrisation complète. La vessie et le rectum fonctionnent régulièrement. La malade ne reste à l'hôpital que pour rétablir entièrement sa santé générale.

Obs. II. *Déchirure périnéale consécutive à une présentation par les fesses. — Diathèses tuberculeuse et syphilitique. — Guérison de la déchirure périnéale par l'application permanente de l'éponge imbibée d'eau chlorurée.* — Cazier (Florence-Augustine), vingt-deux ans, domestique, est entrée le 7 août 1860 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 18.

Au moment de son admission, cette femme, qui est primipare, a eu pendant trois jours des douleurs comme pour accoucher ; puis ces douleurs se sont calmées, et nous avons pu constater, indépendamment de la grossesse, tous les signes d'une infiltration tuberculeuse très-prononcée du sommet de chaque poumon. En même temps, il existait une toux sèche, pénible, revenant par quintes ; des hémoptysies abondantes presque tous les jours, un point de côté très-douloureux à droite, des maux d'estomac, des vomissements, une fièvre intense, une grande dépression des forces et un écoulement vaginal puriforme considérable.

Sans insister autrement sur les divers accidents qui signalèrent chez cette femme la dernière période de la grossesse, nous dirons que le travail commença le 31 août à cinq heures du soir, et que l'accouchement eut lieu le 1er septembre à deux heures du matin. L'enfant vint par le siége ; il était volumineux et du sexe féminin.

Les jours qui suivirent l'accouchement furent marqués par un appareil symptomatique très-alarmant : hémorragies réitérées très-abondantes, sensibilité très-vive à l'hypogastre, dépression extrême des forces, bouche sèche, langue et dents encroûtées de fuliginosités noirâtres ; fièvre intense, soif vive, pâleur livide de la face. Cet état est combattu par l'emploi du seigle ergoté et de l'extrait de ratanhia à l'intérieur, des boissons délayantes, les applications répétées de ventouses scarifiées sur l'abdomen, les grands bains, la glace sur la région hypogastrique, etc.

Le 10 septembre. Amélioration notable dans l'état général. La malade se plaignant de douleurs très-vives dans les parties génitales, nous écartons les grandes lèvres, et nous constatons une déchirure périnéale qui ne mesure pas moins de trois centimètres d'étendue dans son diamètre vertical, et un centimètre et demi dans son diamètre transversal. Cette plaie représente un losange dont un des angles aigus aboutit à l'anus, et l'autre angle aigu correspond à la paroi interne et postérieure du vagin. Comme cette déchirure n'existait pas avant l'accouchement, il est naturel de penser que c'est au passage du fœtus et surtout à sa présentation par les fesses,

qu'il faut attribuer la lésion du périnée. L'aspect de la plaie est terne et grisâtre : elle est souillée par une grande quantité de pus séreux et sale ; elle exhale une odeur nauséeuse insupportable. Je fais appliquer sur la partie déchirée une éponge imbibée d'eau chlorurée au 10e.

Le 22 septembre. L'état général est notablement amélioré, mais aux phénomènes typhoïdes qui ont régné pendant la première quinzaine de septembre, ont succédé des symptômes non équivoques de phthisie pulmonaire : toux sèche et fréquente, hémoptysie, sueurs nocturnes, redoublements fébriles tous les soirs; gastralgie. Quant à la plaie périnéale, son aspect a beaucoup changé; elle est déjà rétrécie d'un tiers : sa teinte est rose, sa surface aussi fraîche que si on venait de l'absterger; les douleurs auxquelles elle donnait lieu se sont calmées dès le premier jour de l'application de l'éponge : il est facile de prévoir que la réparation ne se fera pas longtemps attendre. Même pansement.

Le 28 septembre. La cicatrisation continue ses progrès; la plaie a toujours son aspect vermeil; mais l'abondance de l'écoulement lochial est tel que la surface des parties déchirées n'est jamais, en raison même de leur position déclive, complétement exempte de matière puriforme. Etat général toujours le même. Continuation des applications d'éponge imbibée d'eau chlorurée.

Le 9 octobre. La plaie périnéale est cicatrisée dans la partie la plus inférieure, c'est-à-dire, vers son extrémité anale. La partie vaginale a également diminué d'étendue, mais beaucoup moins notablement que la région périnéale proprement dite. J'attribue cette différence dans la rapidité de la réparation des divers points lésés à la présence des liquides qui, dans le vagin, sont en contact permanent avec la plaie. Une ulcération de nature évidemment chancreuse s'est manifestée à la face interne de la grande lèvre droite, à quelques centimètres au-dessus de la déchirure. Même pansement.

Le 18 octobre. Cicatrisation complète de la plaie périnéale. La réparation de la partie déchirée ne laisse rien à désirer au point de vue de la régularité. La région du périnée présente la même souplesse qu'avant l'accident. Le chancre dont nous avons parlé n'a subi aucune modification appréciable; il offre toujours les mêmes dimensions, celles d'une grosse lentille; ses bords sont même plus élevés et plus durs qu'il y a quelques jours. Je le cautérise avec le nitrate d'argent solide.

Le 2 novembre. La guérison de la déchirure périnéale s'est maintenue; le chancre vulvaire seul persiste encore, malgré les cautérisations répétées chaque jour avec le crayon de nitrate d'argent. Je le touche aujourd'hui avec de la teinture d'iode et je soumets la malade à un traitement antisyphilitique : salsepareille et liqueur de Van Swieten.

Ces faits sont significatifs; ils ne permettent pas de révoquer en doute la puissance d'action de l'éponge imbibée d'eau chlorurée pour la guérison des déchirures périnéales.

Chez la première malade, on a vu que la déchirure périnéale avait été traitée sans succès par les serres-fines, que cette déchirure qui avait intéressé en partie le sphincter, se compliquait d'incontinence des matières fécales, de cystite purulente avec incontinence d'urine, d'un flux utérin extrêmement abondant, d'une double ulcération syphilitique située en arrière de l'anus, à la face interne des fesses, et outre tout cela de phthisie pulmonaire. On a vu que, malgré des conditions aussi déplorables, malgré la gravité de l'état général et local, l'éponge imbibée de la solution chlorurée avait réussi à déblayer le terrain, en absorbant les produits de sécrétion fournis : 1° par la plaie elle-même ; 2° par l'utérus et le vagin ; 3° par les reins et la vessie ; 4° par l'intestin. On a vu enfin que, grâce à l'action absorbante de l'éponge, d'une part, et à l'action chimique de l'eau chlorurée d'autre part, la plaie, de sanieuse, fétide et blafarde qu'elle était, s'était convertie en une plaie d'un excellent aspect, et qu'à dater du jour où notre mode de pansement avait été appliqué, elle avait marché, sans se démentir et sans rétrograder, vers la cicatrisation.

Chez la seconde malade, l'emploi du même moyen nous a conduit au même résultat, et plus rapidement encore. Il est vrai qu'il n'existait pas autant de complications locales, et puis la déchirure du périnée n'était pas aussi étendue. Mais enfin l'état général n'était pas moins grave, car il s'agissait d'une femme phthisique et syphilitique à la fois, ainsi que la précédente, et de plus elle avait, pendant les deux premiers septénaires qui suivirent son accouchement, présenté un état typhoïde des plus alarmants.

Il était donc impossible de choisir, pour l'essai de notre système de pansement, deux cas plus défavorables, c'est-à-dire deux cas dans lesquels la nature fût moins disposée au travail de réparation. Alors même qu'on n'accorderait pas à l'éponge imbibée d'eau chlorurée la puissance d'action que nous nous croyons autorisé à lui attribuer, on ne lui contestera pas du moins qu'elle agit de manière à favoriser mieux qu'aucun autre mode de traitement la guérison spontanée de la déchirure périnéale.

Extirpation sous-périostique des deux os maxillaires supérieurs nécrosés par le phosphore. — Guérison. — Lorsqu'une question est à l'étude, il importe de rassembler tous les faits qui en démontrent la valeur ; à ce seul titre, l'observation suivante, que nous empruntons encore à la pratique de M. Maisonneuve, aurait son im-

portance. Ce qui doit ajouter à son intérêt, c'est que, dans ce nouveau cas, la régénération osseuse est due au périoste seul; les deux os ayant été enlevés en totalité, il ne restait plus qu'un seul facteur pour la reproduction osseuse. Ainsi que Duhamel et M. Flourens l'ont annoncé, il suffirait donc d'enlever l'os, en conservant le périoste, pour que celui-ci reproduisît la charpente osseuse. Voici ce fait intéressant :

Elisa Pech, âgée de vingt-trois ans, vint à Paris pour être employée dans une fabrique d'allumettes chimiques phosphorées. Pendant trois mois, elle travailla dans cette fabrique au trempage des allumettes.

Au moment où elle commença à se livrer à cette occupation, elle avait deux ou trois dents cariées; peu de semaines après, elle éprouva des douleurs dans la mâchoire supérieure, auxquelles succéda un gonflement qu'un médecin consulté par elle considéra comme une simple fluxion dentaire et traita par les émollients et les astringents. Peu à peu le gonflement envahit les deux côtés de la mâchoire supérieure, et s'accompagna de douleurs violentes, d'élancements, etc. La malade resta environ six mois dans cet état, puis le mal ne faisant que s'aggraver, elle se décida enfin à entrer à l'hospice Cochin, le 10 novembre 1848.

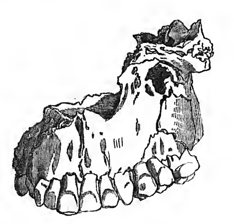
Un examen attentif fit reconnaître à M. Maisonneuve que les deux os maxillaires supérieurs étaient affectés d'un travail de carie et de nécrose. Les limites du mal étaient difficiles à préciser. L'énorme suppuration, l'excessive fétidité qu'elle exhalait, l'impossibilité où était la malade de manger aucun aliment qui ne fût imprégné de cette suppuration et de cette odeur, avaient amené un amaigrissement tel, que la vie était en danger et prochainement compromise. On fit comprendre à la malade que la seule chance de salut pour elle était l'ablation des deux os maxillaires. L'opération fut acceptée, et voici comment elle fut pratiquée.

Une incision demi-circulaire, à convexité antérieure, circonscrit en dedans de l'arcade dentaire supérieure toutes les parties molles de la voûte palatine jusqu'au voile du palais. Le lambeau résultant de cette incision est détaché avec les doigts et la spatule, et laissé adhérent par la base au voile du palais. Une deuxième incision est faite au devant de l'arcade dentaire, et sert à isoler des os maxillaires toutes les parties molles qui les recouvrent. Cet isolement est prolongé avec les ciseaux, le bistouri et les doigts, jusqu'aux os de la pommette des deux côtés d'une part, et d'autre part jusqu'aux os propres du nez et aux orbites.

Les os étant ainsi mis à nu, sans aucune incision extérieure aux téguments, le chirurgien saisit une pince de Liston, introduit un des mors dans la bouche, l'autre dans les fosses nasales, et écarte les deux os maxillaires qui, déjà en partie isolés par la maladie, étaient vacillants. Il est alors facile, à l'aide de quelques pesées, de les ébranler complétement et d'en faire l'extraction.

Les parties osseuses ainsi extraites comprenaient, ainsi que le

montre la figure ci-jointe : 1° tout l'os maxillaire et une partie de l'os malaire du côté gauche; 2° tout l'os maxillaire droit, moins la portion qui supporte la dernière dent et une partie de l'os malaire droit; 3° enfin, le vomer.



Cette énorme plaie intérieure est comblée par le rapprochement des lambeaux palatins qui avaient été préalablement disséqués, et que l'on réunit à la partie postérieure des lèvres et interne des joues par quelques points de suture. Il ne s'est écoulé que peu de sang pendant l'opération : les douleurs éprouvées par la malade ont été assez vives; l'opération a duré en tout vingt minutes, y compris les sutures.

La réunion des lambeaux palatins, avec les parties molles voisines, ne s'est opérée qu'imparfaitement par première intention. Pendant environ trois semaines, on a eu une suppuration assez abondante, mais beaucoup moins fétide qu'avant l'opération. Quelques parcelles d'os se sont ultérieurement détachées; enfin, la cicatrisation complète a été terminée au bout de quatre mois.

La santé générale est devenue très-bonne, et la malade a repris de l'embonpoint et des couleurs. Il s'est formé dans la région gingivale un tissu osseux résistant, qui supplée jusqu'à un certain point aux arcades dentaires, et permet à la malade sinon de broyer des aliments très-durs, au moins de manger du pain, des viandes molles, enfin de se nourrir presqu'à son ordinaire.

Cette fille est restée longtemps comme infirmière à l'hôpital, et sa guérison ne s'est pas démentie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Avortement provoqué *pour remédier à des vomissements opiniâtres pendant la grossesse.* Une femme, âgée de quarante ans, étant au troisième mois de sa première grossesse, était en proie à des vomissements incoercibles. L'estomac montrait une intolérance absolue pour toutes choses. Les remèdes étaient rejetés comme les aliments. Pendant un mois tous les moyens employés contre les vomissements opiniâtres furent mis en usage; de temps en temps se manifestait une amélioration qui disparaissait rapidement. Enfin la femme étant dans une prostration extrême, le pouls à 130, la bouche chaude et acide, M. Hergott consulté se décida, en présence de la gravité de cet état, à provoquer l'avortement. Il essaya d'abord de perforer les membranes avec la sonde utérine; mais, n'ayant pu parvenir à les percer avec cet instrument, il introduisit dans le col un petit morceau d'éponge préparée. Le soir, la femme éprouva des contractions, et expulsa, trois heures après le début des douleurs, un fœtus mâle, de la longueur de 12 centimètres. Les membranes, qui se sont rompues au passage, ne présentaient ni épaississement, ni autre altération appréciable. La femme perdit fort peu de sang; la nuit se passa bien, sauf encore un vomissement. Le lendemain elle se trouvait beaucoup mieux; elle n'avait plus cette pénible et anxieuse oppression des jours précédents. Le bouillon, puis les aliments solides furent bien supportés. Cinq jours après l'opération, elle était en pleine convalescence, et elle a pu se lever au bout de treize jours.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est que, malgré des améliorations trompeuses et passagères, on observait certains symptômes essentiels dont l'aggravation lente, mais fatalement progressive, menaçait de plus en plus l'existence de la malade: c'était la fréquence progressive du pouls, l'acidité, la sécheresse de la bouche et un affaiblissement de plus en plus considérable. Ce sont là les trois phénomènes essentiels qui dictent au médecin sa conduite dans ces graves circonstances. (*Gaz. méd. de Strasbourg* et *Gaz. méd. de Paris*, avril 1861.)

Bichromate de potasse. *Ses effets toxiques.* On sait généralement que les sels de chrome sont d'un usage industriel très-fréquent; mais ce que l'on sait moins, c'est que ces sels ont des propriétés toxiques d'autant plus dangereuses qu'on s'en défie moins. Le plus dangereux, sous ce rapport, est le bichromate de potasse, journellement employé par les teinturiers et les fabricants de papiers peints, et préconisé en médecine comme succédané des préparations mercurielles dans le traitement des accidents secondaires de la syphilis. Il sera donc utile de faire connaître les résultats des recherches qui ont été faites sur ce sujet par M. le docteur Jaillard, répétiteur de chimie et de physique à l'École de santé militaire de Strasbourg.

D'après les expériences de M. Jaillard, 0gr,25 de bichromate de potasse introduits dans l'estomac d'un chien de moyenne taille, ou déposés dans le tissu cellulaire, ou injectés dans une veine, amènent la mort dans l'espace de deux à six jours. Les symptômes qu'il produit sont des vomissements, quelquefois de la diarrhée, de la perte d'appétit, de la difficulté de la respiration, du ralentissement de la circulation. Si la dose est plus élevée, tous les phénomènes d'une gastrite suraiguë se manifestent: la soif est vive; il survient des vomissements de matières muqueuses, bilieuses et quelquefois sanguinolentes. En même temps la chaleur des extrémités disparaît; il y a de la dyspnée, une grande anxiété, de la perte d'appétit, des vomiturations fréquentes; puis la respiration devient stertoreuse, et c'est au milieu de la prostration la plus complète que le sujet succombe.

Quelques observations sur l'homme ont confirmé à cet égard les résultats des expériences.

La première indication à remplir dans ces empoisonnements serait, d'après M. Jaillard, de chercher à neutraliser par des alcalins l'action légèrement caustique due à l'excès d'acide du bichromate de potasse, de manière à transformer ce sel acide en chromate neutre. On s'efforcera après de faire vomir soit par la titillation de la luette, soit en administrant de grandes quantités d'huile ou d'eau tiède. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, avril 1861.)

Blennorrhagies rebelles, *traitées par la cautérisation de la fosse naviculaire, au moyen du sulfate de cuivre*. Partant de cette considération que la blennorrhagie chronique est ordinairement confinée dans la fosse naviculaire, ou que celle-ci du moins en est le siége principal sinon exclusif, M. le docteur Tisseire s'est proposé d'agir directement sur le foyer même du mal, à l'aide du sulfate de cuivre solide. Il a traité ainsi dans le mois de septembre dernier quatre malades affectés de blennorrhagies passées à l'état chronique, malgré les traitements divers auxquels ils avaient été soumis. Ces quatre hommes appartenaient au 19e bataillon de chasseurs à pied; chez l'un d'eux, il a suffi d'agir une seule fois sur la muqueuse urétrale pour supprimer définitivement un écoulement qui avait résisté au traitement interne et aux injections diverses. Chez deux autres, il a fallu agir trois fois. Enfin sur le quatrième, il a fallu toucher la muqueuse urétrale pendant quatre jours, c'est-à-dire quatre fois.

Pour pratiquer cette petite opération, le chirurgien se munit d'un crayon de sulfate de cuivre de petite dimension. Il recommande au malade d'écarter latéralement les lèvres du méat urinaire à l'aide de ses doigts; et il introduit alors facilement le sulfate de cuivre, à une profondeur d'environ un centimètre et demi. Il faut peser un peu sur la fosse naviculaire et retirer le crayon quand le malade se plaint d'éprouver une sensation trop vive. L'opération dure de une demi-minute à une minute et demie, et est pratiquée une fois tous les jours, jusqu'à guérison. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, avril 1861.)

Guaco. *Son emploi dans le traitement des maladies vénériennes*. Le guaco (*mikania guaco*), cette plante de la Nouvelle-Grenade, dont on doit l'importation en Europe aux savants Humboldt et Bonpland, et dont le docteur Mendoza a fait connaître les propriétés antivenimeuses dans ce recueil (voy. *Bulletin de Thérapeutique*, t. IX, p. 331), a été expérimenté avec succès dans ces dernières années, dans le traitement des accidents primitifs de la syphilis et de plusieurs autres formes de maladies vénériennes. Des expériences nombreuses ont été faites par plusieurs médecins distingués, notamment MM. Zanetti, Pollizzari, Galligo, en Italie, et MM. Diday, Boys-de-Loury, Costilhes, Melchior Bobert, Bauchet, en France. M. le docteur Pascal, qui, à son tour, a soumis cet agent à de nouvelles expériences, vient de publier un travail dans lequel il a résumé les résultats obtenus par ses devanciers, ainsi que les siens propres.

La préparation à laquelle M. Pascal a donné la préférence est la teinture alcoolique de guaco, et c'est sous forme de topique, de lotion, d'injection, qu'il l'a appliqué au traitement du chancre, à celui de la blennorrhagie et des ulcérations qui se développent à la suite de l'infection générale, et enfin dans le traitement de quelques affections qui ne sont point du domaine des affections vénériennes, telles que la leucorrhée, par exemple.

La teinture alcoolique dont se sert M. Pascal est obtenue en faisant macérer dans 2 kilogrammes d'alcool 1 kilogramme de mikania guaco et 1 kilogramme de *comocladia integrifolia*, et 10 grammes des produits donnés par l'incinération des deux plantes; on filtre, on ajoute à la liqueur 4 grammes de perchlorure de fer, on aromatise avec l'essence de romarin ou de lavande, et enfin, on étend la liqueur de 6 litres d'eau.

Sous l'influence de l'action de cet alcoolé éminemment détersif, astringent et antiseptique, M. Pascal a observé que le pus chancreux était rapidement transformé ou décomposé, et la surface sécrétante modifiée de telle sorte que la virulence s'arrête dans sa période de progrès, et que la résorption du pus est rendue impossible.

Le mode d'emploi du topique est fort simple, et son usage n'entraîne aucune espèce d'inconvénient. Pour procéder aux premiers pansements du chancre simple, on étend l'alcool d'une certaine quantité d'eau, la moitié de son volume, par exemple, et ce n'est que plus tard, après quatre ou cinq jours, que l'on arrive à l'application de l'alcool pur, si, dans cet intervalle, la transformation de la plaie virulente en plaie simple ne s'est pas opérée. L'alcool doit être étendu d'une plus grande quantité d'eau, lorsqu'il sera destiné à des injections dans le canal de l'urètre, contre la blennorrhagie. Dans ce cas, on l'étend de cinq ou six fois son volume d'eau.

Les maladies vénériennes ne sont pas les seules, suivant M. Pascal, que la teinture de guaco modifie d'une manière avantageuse : le catarrhe utérin, la leucorrhée, les ulcérations de

l'utérus sont heureusement influencées par des injections préparées avec cette solution étendue de trois fois son volume d'eau.

Assez ordinairement, ajoute l'auteur, les ulcérations spécifiques qui règnent sur les muqueuses sont changées en plaies simples vers le troisième jour du traitement local ; à cette époque, la solution de continuité s'est recouverte d'une matière plastique, blanchâtre, qui constitue une preuve de la transformation en question. Un bain suffit pour la faire disparaître, et au-dessous, on aperçoit une surface rose et bourgeonnante.

Quand le chancre a perdu son caractère de spécificité, on le panse avec une solution étendue d'alcoolé, ou simplement avec le vin aromatique, et la cicatrisation fait de rapides progrès. (*Du guaco et de ses effets prophylactiques et curatifs, etc.*)

Hernie inguinale (*Simplification du procédé de Wützer pour la cure radicale de la*). La méthode de l'invagination, dont l'idée première appartient à Gerdy, compte un assez grand nombre de procédés, celui de Gerdy d'abord, celui de M. Leroy d'Etiolles, celui de M. Valette (de Lyon), tous deux assez compliqués, d'autres plus simples, tels que celui de M. Wützer. M. Syme s'est proposé, comme déjà l'avait fait Wattmann, de simplifier encore ce dernier procédé, afin de le mettre plus à la portée des praticiens, en supprimant l'instrument spécial dont se sert le chirurgien allemand. Pour cela, le professeur de l'Université d'Edimbourg, au lieu de l'invaginatorium de Wützer, emploie tout simplement quelque corps de forme allongée, facile à rencontrer partout, un bout de bougie emplastique ou de sonde œsophagienne, un morceau de bois, voire même de chandelle de cire ou de suif, dit l'article auquel nous empruntons cette description : la seule préparation nécessaire est de percer d'un trou l'une des extrémités du corps qu'on aura choisi. Le reste de l'appareil consiste en un fil solide et une aiguille légèrement courbe. On procède à l'opération de la manière suivante. Le fil est passé dans le trou pratiqué à l'extrémité du corps adopté pour jouer le rôle d'invaginateur, et l'un des bouts de ce fil l'est à son tour dans le chas de l'aiguille; celle-ci étant alors appliquée par sa concavité sur la face palmaire de l'index gauche, ce doigt est introduit ainsi armé entre les piliers de l'anneau, et poussé le long du cordon spermatique dans le canal inguinal, où il refoule devant lui une partie de la peau du scrotum; cela fait, l'opérateur tourne l'aiguille de manière à en relever la pointe, et, l'inclinant à gauche, lui fait traverser les tissus et la fait sortir à la surface des parois abdominales. Il en fait autant et de la même façon avec l'autre extrémité du fil, mais en prenant soin cette fois d'incliner l'aiguille à droite. Les deux bouts du fil sont alors tirés de manière à entraîner dans le canal inguinal, à la hauteur convenable, le corps invaginateur préalablement enduit d'une pommade épispastique, comme dans l'opération de Wützer, afin de déterminer une irritation de la peau propre à favoriser la formation d'adhérences. On noue ensuite les bouts du fil sur un morceau de bougie placé dans leur intervalle, afin de prévenir toute chance de division trop prompte de la peau. Pendant trois ou quatre jours, ou une semaine, une compresse reste placée sur l'aine, assujettie au moyen d'une bande. Rien de plus; l'opération est alors terminée.

M. Syme a présenté, le 6 mars, à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, après avoir fait l'exposition de ce procédé, un jeune matelot chez lequel il en avait fait l'application. Ce jeune homme, âgé de vingt et un ans, était atteint de hernie inguinale depuis deux ans : l'anneau était considérablement élargi, et il y avait une tendance très-prononcée à la descente des parties herniées, et, paraît-il, beaucoup de difficulté à les maintenir réduites au moyen d'un bandage : c'était un cas où il était indiqué de tenter la cure radicale. Le malade, entré à l'hôpital le 30 janvier dernier, fut opéré le 1er février : l'invaginateur fut retiré le 11, et, le 25, le malade se levait et se promenait dans la salle; depuis, il a continué à aller et venir sans porter de bandage; mais il en prendra un pour retourner chez lui, ayant une assez grande distance à franchir. Au moment de la présentation, on pouvait constater qu'il n'existait aucune tendance à la protrusion de l'intestin à travers le canal et l'anneau, aucune impulsion pendant l'effort ou la toux, et que les parties sur lesquelles avait porté l'opération étaient fermes et indurées. Le but avait donc été atteint en peu de temps et d'une manière complète ; le doigt pouvait être introduit de presque toute sa longueur dans la portion de peau inva-

ginée, jusqu'à ce moment retenue en place. Quant à la permanence de la cure, c'est une question que le temps peut seul élucider pour ce cas comme pour ceux opérés par le procédé de Wutzer. Pour ce qui est des suites immédiates de l'opération, M. Syme a déjà employé plusieurs fois son procédé, et il ne l'a jamais vu suivi d'aucun accident. (*Edimburgh med. journ.*, avril 1861.)

Pemphigus (*Étude sur le*) *du col utérin*. M. le docteur Joulin a lu dans une des dernières séances de l'Académie, une note sur une lésion non encore décrite. A ce titre nous devons la reproduire.

Le pemphigus du col utérin, dit-il, est constitué par une large vésicule, qui soulève l'épithélium du col et qui contient un liquide transparent. Les grands rapports de forme qui existent entre cette affection et le pemphigus qu'on observe sur l'enveloppe cutanée, m'ont déterminé à lui donner la même dénomination.

Le pemphigus utérin a une forme globuleuse, elliptique à bords très-réguliers; il ressemble, à s'y méprendre, à une goutte large et épaisse du mucus clair et filant que secrète le col. Il est parfois cerné à sa base par un liséré rouge vif, extrêmement étroit, qui paraît être du sang pur. La surface du col sur laquelle le pemphigus repose est parfaitement normale, garde sa teinte ordinaire, et peut ne présenter absolument aucune autre altération. La portion d'épithélium qui sert d'enveloppe à la vésicule possède une résistance assez grande pour qu'un frottement un peu rude, pratiqué au moyen d'un corps dur et mousse, n'en détermine pas la rupture; si le frottement a lieu avec le nitrate d'argent, la bulle est détruite immédiatement, et les lambeaux d'épithélium qu'on observe après cette rupture forment la seule altération appréciable. Le liquide écoulé ne paraît pas filant, et il semble posséder les propriétés de la sérosité ordinaire.

Le pemphigus du col utérin est une affection rare; je n'en ai observé que deux cas, et aucun des auteurs, même les plus modernes, qui se sont occupés spécialement de gynécologie, n'en fait mention. Cependant M. H. de Castelnau, mon savant ami, a pu, pendant son internat à l'hôpital de Lourcine, l'étudier avant moi six fois sur les femmes de son service, et se convaincre que, sauf le liséré rouge, qui manque le plus souvent, tous les cas sont identiquement semblables et dans leur forme et dans leur terminaison. J'ai appris cette particularité lorsque je lui ai communiqué la description du premier spécimen que le hasard m'a permis d'étudier.

M. le professeur Nélaton m'a dit avoir également observé le pemphigus du col; mais jusqu'à présent on n'en a publié aucune description ou observation.

L'affection semble se terminer toujours spontanément en trois ou quatre jours, sans laisser de traces; elle ne se révèle par aucun symptôme à la femme qui est atteinte; ce n'est qu'accidentellement, et lorsqu'on applique le spéculum pour une autre cause, qu'on peut la constater. L'étude du pemphigus du col n'aurait donc aucune importance, s'il n'avait une certaine analogie avec la forme initiale du chancre diphthérique du col de l'utérus, décrit par M. Bernutz. L'analogie n'est pas complète, il est vrai; cependant elle peut tromper les praticiens qui n'ont pas eu l'occasion de voir les deux affections.

Le chancre est constitué par la réunion des vésicules agglomérées, contenant un liquide louche. Ces vésicules, en se rompant, laissent apercevoir une fausse membrane, qui devient bientôt saillante et jaunâtre; cette fausse membrane, en se détruisant, laisse à nu une ulcération bourgeonnée caractéristique; sa durée est assez longue. Le pemphigus est constitué par une vésicule large, unique, et toujours transparente, qui ne subit aucune transformation; il disparaît rapidement, spontanément, et sans laisser de traces. L'étude du pemphigus ne présente une certaine importance qu'au point de vue du diagnostic et du pronostic. Sa durée éphémère ne permet guère qu'on le soumette à aucun traitement.

Pierre divine (*De la*) *dans le traitement des granulations des paupières*. On cautérise généralement les conjonctives hypertrophiées ou granuleuses, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le sulfate de cuivre. Mais le nitrate d'argent, comme on le sait, cautérise trop ou trop peu. Si la cautérisation est légère, les granulations persistent; si, au contraire elle est trop forte, on s'expose à des brides cicatricielles, quelles que soient les précautions employées pour éviter des adhérences. En outre, les cautérisa-

tions par le nitrate d'argent ont l'inconvénient grave de substituer à une muqueuse destinée à être en contact continuel avec la cornée, un tissu inodulaire peu élastique et ne participant en rien de la structure des conjonctives. Le sulfate de cuivre, dont les propriétés sont styptiques et non pas caustiques, ont e qu'il détermine des douleurs que tous les malades accusent, ne donne que des résultats insuffisants. Par ces considérations, M. le docteur Magne a remis en usage, depuis quelques années, la pierre divine, oubliée depuis maître Jan, qui en faisait un des principaux moyens de traitement des maladies des yeux. Cette pierre, composée de sulfate de cuivre, d'azotate de potasse et de sulfate d'alumine, appartient aussi à la classe des styptiques; mais elle offre des avantages qui lui sont propres. Elle ne cautérise pas et ne substitue pas un tissu cicatriciel au tissu primitif; elle est poreuse et jusqu'à un certain point rugueuse, ayant sous ce rapport quelque analogie avec la pierre ponce; non-seulement elle modifie les muqueuses à la manière des styptiques, mais au lieu de glisser doucement sur les conjonctives, elle lime, elle râpe, passez-moi l'expression, tous les points granuleux, et détermine un léger écoulement de sang; l'absorption se fait mieux sur ces surfaces dépouillées de leur épithélium, et la guérison est la plupart du temps assurée; enfin, l'usage de la pierre divine est supporté aisément par les malades qui redoutent le plus la douleur, et la rougeur qui suit son application est de courte durée.

M. Magne est parvenu à guérir presque complètement, grâce à la pierre divine, un sujet atteint d'un enchantis considérable des deux yeux. (*Gaz. des hôpit.*, mai 1861.)

Plaies de tête (*Moyen simple d'obtenir le rapprochement des bords de la division dans les*). Dans les lésions traumatiques du cuir chevelu par instruments tranchants, il est toujours indiqué de tenter la réunion immédiate, et l'on réussit le plus souvent à l'obtenir; il en est de même dans ces cas de plaies par instruments contondants, où la solution de continuité présente l'aspect net des coupures. De simples bandelettes agglutinatives suffisent alors fréquemment pour opérer un rapprochement convenable des bords de la plaie; d'autres fois il est nécessaire de faire quelques points de suture. Voici un moyen, que nous avons déjà signalé, mis en usage depuis quelque temps en Amérique pour remplacer et les bandelettes, qui sont quelquefois insuffisantes, et les sutures, qui ne sont pas toujours sans inconvénients. Il consiste à raser la tête tout autour de la plaie, en laissant de chaque côté de petites touffes de cheveux, ou des points exactement opposés et correspondants à ceux où se trouveraient l'entrée et la sortie des épingles à suture, si l'on avait recours à ce procédé. Cela fait, on réunit deux à deux les extrémités de ces touffes, et on les passe, ainsi réunies, dans un grain de gros plomb de chasse percé d'un trou de part en part; on fait glisser ce grain de plomb vers la peau, jusqu'à ce que les bords de la plaie soient bien affrontés, après quoi l'on comprime le plomb entre les mors d'une forte pince, de façon à l'aplatir et le serrer sur les cheveux qui le traversent. « On obtient ainsi, dit le journal américain, le mode de rapprochement le plus complet et le plus satisfaisant qu'on puisse voir pour les solutions de continuité des téguments du crâne. » Le pinceau de cheveux qui dépasse le plomb ne doit pas être coupé. On applique ensuite une compresse imbibée d'eau froide et une bande modérément serrée. Très-souvent il n'est pas nécessaire de raser les cheveux qui entourent la plaie. (*Southern med. and surg. Journ.*, et *British med. Journ.*, mai 1861.)

Speculum bivalve (*Moyen proposé pour remédier aux inconvénients du*). Ce speculum est, comme on sait, d'un maniement assez difficile, notamment pour les personnes qui n'en ont pas acquis l'habitude par un usage fréquemment répété. Une fois l'instrument introduit, quand on vient à rapprocher les manches pour produire l'écartement des valves, la muqueuse vaginale, surtout chez les femmes dont le vagin est large, venant faire saillie dans cet écartement, gêne la vue en l'empêchant de pénétrer jusqu'au col utérin, et est exposée à être pincée dès que les valves se rapprochent, petit accident sans importance sérieuse, dans la plupart des cas, mais toujours très-désagréable aux patientes. MM. Weiss, de Londres, proposent un moyen qui paraît propre à faire disparaître cet inconvénient. Il consiste à revêtir l'instrument fermé d'une espèce d'é-

tui en caoutchouc, ouvert à ses extrémités, dont on conçoit immédiatement la fonction. Quand on ouvre les valves du speculum, le fourreau de caoutchouc se tend entre les bords de ces valves et empêche ainsi les replis vaginaux de venir s'interposer entre elles et d'y être serrés, quand on laisse au contraire ces valves se rapprocher. L'usage apprendra si le but recherché se trouve ainsi réellement atteint. (*Lancet*, avril 1861.)

VARIÉTÉS.

Prothèse musculaire physiologique des membres inférieurs [1].
Par le docteur Duchenne (de Boulogne).

C. Les muscles moteurs du tronc, de même que les muscles moteurs des membres, peuvent être atteints de paralysies ou d'atrophies partielles.

L'atrophie musculaire graisseuse progressive m'en a offert quelques exemples; j'en ai observé également dans la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. Ces paralysies ou ces atrophies partielles se manifestent par des troubles dans les mouvements ou dans l'attitude du tronc, ou dans la conformation du rachis. Je ne suis pas encore en mesure d'exposer, comme je l'ai fait pour les membres, l'électro-physiologie de chacun des muscles moteurs du tronc, et conséquemment le diagnostic de leurs paralysies partielles.

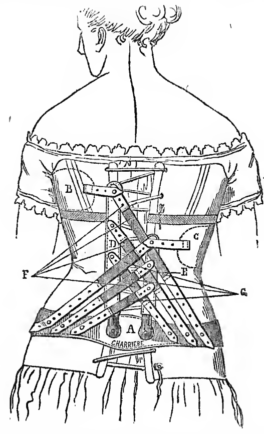
I. Cependant j'ai déjà fait connaître dans mon livre sur l'électrisation localisée l'influence, sur l'attitude du tronc, de la paralysie ou de l'atrophie de ses muscles extenseurs ou de ses muscles fléchisseurs. On en voit deux exemples remarquables dans les figures 65 et 66 (p. 454). Le sujet représenté dans la première avait perdu l'action de ses sacro-spinaux, tandis que chez l'autre les muscles de l'abdomen étaient atrophiés en grande partie. Je ne reviendrai pas sur le mécanisme de ces deux espèces de lordose dans lesquelles on voit la ligne de gravité du tronc portée instinctivement en arrière, consécutivement à la paralysie ou à l'atrophie des sacro-spinaux, ou en avant, lorsque les muscles de l'abdomen sont affaiblis ou paralysés.

J'indiquerai seulement l'appareil prothétique que j'ai employé dans ces cas, avec avantage, lorsque le sacro-spinal est paralysé, affaibli ou atrophié. Cet appareil consiste en une sorte de brassière qui embrasse la partie supérieure du tronc et le maintient dans l'extension au moyen de bretelles élastiques attachées à sa partie postérieure et fixées inférieurement à un cuissard ou à un caleçon. Ces bretelles se tendent plus ou moins, et peuvent même au besoin empêcher toute inflexion du tronc en avant. Les sujets à qui j'ai appliqué cet appareil et dont les muscles sacro-spinaux étaient atrophiés à des degrés divers, inclinaient moins leur corps en arrière et se sentaient plus solides pendant la station et la marche. — Dans la lordose par atrophie ou paralysie des muscles de l'abdomen, le même appareil, modifié de manière à agir en sens contraire de l'extension, à l'aide de bretelles élastiques placées en avant, pourrait, je crois, rendre le même service. Je n'ai pas eu l'occasion de l'appliquer.

II. Puisque l'atrophie ou la paralysie affecte simultanément quelquefois les extenseurs ou les fléchisseurs du tronc, il n'est pas douteux qu'elle ne puisse se localiser dans quelques muscles de l'un des côtés du tronc. Supposons, par

[1] Suite. — Voir les numéros des 28 février et 30 mars, p. 181 et 283.

exemple, que, consécutivement à la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, le sacro-lombaire gauche soit atrophié; alors le tronc sera nécessairement infléchi du côté opposé, dans la région lombaire, par le sacro-lombaire droit, et d'autres courbures de compensation se développeront consécutivement en sens contraire, dans les régions dorsales et cervicales. Ou bien, que l'atrophie soit limitée dans les faisceaux musculaires d'un côté de la région dorsale, la courbure dorsale se montrera la première, et l'on verra se former plus



tard une scoliose. Nier la possibilité de ces atrophies partielles des sacro-spinaux, analogues aux paralysies partielles des membres, ce serait supposer que, dans la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, il existe une immunité pour les sacro-spinaux. Cette thèse n'est pas soutenable, bien que je reconnaisse que ces paralysies atrophiques partielles du rachis sont rares comparativement à celles des membres. J'ai vu, en effet, naître et se développer des scolioses consécutivement à la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, paralysie qui avait été générale dans la première période. Dans ces cas, quelques muscles du tronc et des membres étaient atrophiés à des degrés divers, et je me suis

assuré que certains faisceaux du sacro-spinal d'un côté répondaient mal à l'excitation électrique, comparativement au côté opposé. Je ne pouvais donc méconnaître que ces faisceaux avaient été atteints par la paralysie; et puis, comme ils correspondaient à la convexité qui plus tard avait marqué le début de la scoliose, j'étais fondé à en conclure que cette paralysie était la cause première de cette scoliose.

Il est indiqué dans cette espèce de scoliose de faradiser le plus tôt possible et avant la déformation du rachis, les muscles affaiblis, paralysés ou atrophiés, et de seconder ce traitement par les moyons orthopédiques et gymnastiques sanctionnés par l'expérience.

Le corset orthopédique agissant en sens contraire des courbures m'a paru utile; mais je l'ai modifié de manière à employer une force élastique que l'on pût graduer. Il est représenté dans la figure ci-contre.

Il se compose : 1° d'un corset divisé en deux parties réunies par une bande de tissu de caoutchouc d'un travers de doigt de hauteur, et placée au niveau de l'union de la courbure lombaire avec la courbure dorsale; 2° d'une ceinture A reposant sur le bassin et placée par-dessus le corset; 3° de deux tuteurs métalliques D, E, fixés inférieurement à la ceinture A de manière à être inclinés à volonté latéralement, et supérieurement par des courroies, à l'un des côtés de la moitié supérieure du corset et au niveau de la partie moyenne de la convexité dorsale B, et à la moitié inférieure du corset, au niveau de la partie moyenne de la convexité lombaire C; 4° de bretelles à ressorts métalliques en spirale, F, G, terminées à leurs extrémités par des courroies percées de trous au moyen desquels elles se fixent à des boutons rivés à la ceinture et à l'extrémité supérieure des tuteurs.

On comprend, à la simple vue, le mécanisme de cet appareil. On peut graduer la force des ressorts F, G, qui agissent sur les tuteurs de manière à mouvoir en sens contraire, et de dehors en dedans, chacune des moitiés du corset doublé par une plaque de cuir durci dans les points de traction, comme l'indiquent les points qui circonscrivent ces plaques B, C. L'attache de ces ressorts à la partie supérieure du levier à mouvoir permet d'agir au besoin avec une force considérable.

Ce corset est léger, il ne gêne en rien l'habillement des jeunes filles; grâce à sa division en deux parties indépendantes, il n'exerce que des pressions latérales et ne gêne nullement la respiration.

L'Académie royale de médecine de Belgique a adopté dans sa dernière séance les conclusions suivantes du rapport de la Commission qu'elle avait chargée de juger les neuf mémoires reçus, l'année dernière, en réponse à la question mise au concours sur les méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique. — 1. Décerner une médaille de 400 francs au mémoire ayant pour épigraphe : *Occasio præceps*; — 2. Accorder une médaille de 200 francs au mémoire portant pour devise : *Statutum est in theoria et praxi. — In medendi scientia omnis argumentatio vana, nisi experientia confirmetur*; — 3. Accorder une seconde médaille de 200 francs au mémoire ayant pour épigraphe : Μὴ τολμῇ μᾶλλον ἢ γνώμῃ, ῥᾳστώνῃ μᾶλλον ἢ βίῃ.

En conséquence, les auteurs de ces écrits sont priés de faire connaître le plus tôt possible à M. le président de la Compagnie, s'ils consentent à l'ouverture des plis cachetés joints à leurs mémoires et renfermant leurs noms.

· Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 2 mai, dispose qu'à la fin de chaque année scolaire, il sera ouvert, près la Faculté de médecine de Strasbourg, un concours entre les internes ayant au moins une année de service. Ce concours se composera de trois épreuves : 1° Présentation d'observations de médecine, de chirurgie et d'accouchements recueillies à l'hôpital, au nombre de trois, au moins, pour chaque partie; 2° question écrite sur un sujet de médecine, de chirurgie et d'accouchements; 3° appréciation des services du candidat. L'interne classé le premier prendra le titre de *premier interne aide de clinique*. Il sera attaché, à tour de rôle, pendant une année, à chacune des trois cliniques magistrales. Les avantages suivants lui seront accordés : La durée de ses fonctions sera prolongée de trois années. Il aura le droit, pendant ce laps de temps, de se faire recevoir docteur, sans cesser pour cela d'exercer, jusqu'à leur terme, les fonctions d'aide de clinique. Il pourra lui être attribué une indemnité de 300 francs en sus du traitement de 500 francs alloué aux internes.

On lit dans le *Constitutionnel* : « Un document officiel, que l'on nous permet de consulter, constate que le typhus a enlevé, dans l'espace de trois mois, les deux tiers des médecins, infirmiers ou desservants des hôpitaux de Naples et des environs. Cette maladie contagieuse sévit presque aussi cruellement dans la ville, où depuis quelques jours les petits enfants sont ses victimes privilégiées. »

La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, avait mis au concours la question : « Des effets de la culture sur les plantes médicinales. » Elle a accordé, à titre d'encouragement, une médaille d'or de la valeur de 200 francs à M. Millet (de Tours), et une autre, de même valeur, à M. Léon Marchand (de Paris).

Un concours public sera ouvert le 19 août 1861, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques. Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 19 juillet 1861.

Un savant, M. Block, a recherché quelle pouvait être la quantité de viande consommée, par individu et par an, dans les diverses contrées européennes. Il est arrivé au résultat suivant :

France, 20 kilogrammes; Grande-Bretagne, 27 kilogrammes 540 grammes ; Bavière, 21 kilogrammes 100 grammes; Bade, 25 kilogrammes 400 grammes; Espagne, 12 kilogrammes 9 grammes; Pays-Bas, 18 kilogrammes 250 grammes; Suède, 20 kilogrammes 200 grammes; Danemark, 22 kilogrammes 640 grammes; Saxe, 19 kilogrammes; Wurtemberg, 22 kilogrammes 400 grammes; Autriche, 20 kilogrammes; Deux-Siciles, 10 kilogrammes 700 grammes; Hanovre, 19 kilogrammes 10 grammes; Luxembourg, 21 kilogrammes 500 grammes; les deux Mecklembourg, 29 kilogrammes; Toscane, 8 kilogrammes 500 grammes.

Si de ces chiffres nous voulions, comme certains auteurs, tirer la somme de bien-être des peuples, nous serions donc sur un second rang.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la néphrite calculeuse, dans les cas de rein unique.

M. Rayer, dans son savant ouvrage sur les maladies des reins, a largement étudié la question des formes spéciales que présente la néphrite simple ou calculeuse dans un certain nombre d'anomalies des reins, et surtout dans le cas où la fonction de l'uropoïèse n'a pour instrument qu'un rein, l'autre manquant par une anomalie de formation, ou ayant peu à peu disparu sous l'influence de causes morbides qui en ont amené la lente destruction. Nous n'avons pas l'intention de refaire ce travail, auquel l'immense érudition de l'auteur, et sa haute sagacité ont imprimé un caractère de perfection, que les travaux contemporains n'atteignent aujourd'hui que par exception ; nous nous proposons seulement de rapporter ici brièvement un fait que nous avons dernièrement observé, et qui vient confirmer les judicieuses remarques dont l'illustre membre de l'Académie des sciences a semé son travail.

Mais, avant de rapporter cette intéressante observation, que nos lecteurs nous permettent de rappeler sommairement quelques-unes de ces remarques, qui mettroe plunt en lumièrsieurs vérités qu'il est bon de ne pas oublier, et qui montreront en même temps le rapport qui lie cette observation avec le travail de notre éminent confrère.

Une première remarque, qui mérite tout d'abord de fixer l'attention, c'est que les cas où l'on ne rencontre qu'un seul rein ne sont pas excessivement rares. Dans ces cas, ainsi qu'on pouvait le prévoir d'après le principe de solidarité qui lie si étroitement les organes doubles dans l'économie vivante, dans ces cas, disons-nous, on trouve presque constamment que le rein, auquel seul incombe la fonction importante dont est chargé un appareil organique, a un volume beaucoup plus considérable que dans l'état normal ; il peut être doublé, triplé même ; la sécrétion urinaire, dit avec raison M. Rayer, étant opérée alors par la même quantité de substance glanduleuse que dans une disposition normale des deux reins, il en résulte que cette anomalie n'offre en réalité aucun inconvénient. Mais si ce rein unique vient à être frappé d'une inflammation, soit spontanée, soit calculeuse, c'est alors que, la sécrétion urinaire venant à être, en grande partie, sinon en totalité, supprimée, des accidents graves peuvent surgir tout à coup, et mettre la vie en péril. Ces accidents, on les voit d'autant plus survenir dans ce cas,

que, la fonction rénale n'ayant qu'un organe pour instrument, celui-ci devient nécessairement, et est constamment le siége d'une sorte de vitalité exagérée, qui le rend plus apte à s'enflammer; mais non-seulement cette inflammation, en pareil cas, est plus à craindre; mais, en présence des faits, il est permis de se demander si cette disposition congéniale ou acquise ne crée pas une prédisposition à la lithiase de l'appareil urinaire. Nous ne pouvons résoudre catégoriquement cette question, car les faits nous manquent; mais, si peu nombreux que soient ceux-ci, il en est un certain nombre, rapportés par le savant auteur que nous avons cité, qui semblent déposer dans ce sens.

Quoi qu'il en soit à cet égard, lorsque cette anomalie de formation d'un rein unique se rencontre chez un individu, est-il possible, dans l'état actuel de la science, de le prévoir et de diriger l'hygiène en raison de cette prévision ? Nous n'hésitons pas à répondre négativement à cette question, et l'on sait d'avance pourquoi il en est ainsi, et qu'il n'en pourrait être autrement : c'est que, dans ce cas, le rein unique, par sa suractivité fonctionnelle, qui commande bientôt une suractivité de nutrition, par suite de laquelle cet organe double, triple, quadruple même son volume, devient peu à peu un émonctoire suffisant pour éliminer de l'économie les principes excrétés qui doivent sortir de l'économie par cette voie physiologique. A étudier ce vice d'organisation au point de vue purement fonctionnel, dans l'état normal, il est donc en général impossible de le saisir durant la vie; on ne peut, en présence d'anomalies d'organisation qui coexistent dans quelques cas avec cette anomalie même, que le conjecturer ; on ne peut dépasser cette limite de la science, sans s'exposer à s'égarer. Si l'on en croit M. Piorry et la plessimétrie, grâce aux données positives fournies par cette dernière méthode d'investigation qui, entre des mains habiles, très-exercées, produirait presque des miracles, la notion diagnostique, qu'on ne saurait atteindre par les voies ordinaires de la physiologie pathologique, on pourrait y parvenir par cette méthode d'exploration précise. Nous ne savons ce qu'il en est à cet égard, et s'il était vrai que la percussion marquât, dans de si étroites limites qu'on l'a dit, les différences de densité des organes renfermés dans les cavités splanchniques, cette impossibilité devrait-elle disparaître quelque jour ? c'est ce que nous n'oserions affirmer, ce que nous n'oserions espérer même. Mais il n'en est plus de même quand ce rein vient à s'enflammer; la néphrite alors donne lieu à un ensemble de symptômes qui diffèrent assez de ceux qui appartiennent à la même maladie sur-

venant dans les conditions ordinaires de l'organisation normale, pour qu'on puisse, au moins, fortement soupçonner l'anomalie qu'on a sous les yeux. Chose remarquable, ainsi que le fait observer M. Rayer, même dans ce cas, la douleur néphrétique retentit quelquefois même du côté du rein absent : cette dualité du symptôme douleur ne suffit donc pas pour permettre de nier le vice de conformation dont nous nous occupons en ce moment, lorsque la spécialité des symptômes pas lesquels se traduit l'inflammation d'un rein unique met en évidence cette circonstance exceptionnelle : voici sommairement quels sont ces symptômes spéciaux.

Ce sont tous ceux qui se lient à la maladie qu'ils expriment, et que nous n'avons point à exposer ici ; mais ce qui leur donne une physionomie particulière, ce sont les circonstances suivantes : lorsque la néphrite, même simple, est extrêmement intense, il arrive quelquefois que la sécrétion urinaire est supprimée ; mais cette suppression n'est que temporaire, et, à mesure qu'on s'éloigne du début des accidents, le spasme sympathique qui enrayait la fonction de l'organe sain, cesse, et la sécrétion reprend son cours, et l'urine s'amasse dans son réservoir normal. Dans le cas, au contraire, où la néphrite existe avec l'anomalie dont il s'agit en ce moment, la sécrétion urinaire se supprime presque immédiatement, et non-seulement elle se supprime, mais cette suppression dure tant que l'inflammation existe. Lorsqu'en pareil cas, on vient à sonder les malades, bien que le palper montre que la vessie est vide, à peine s'il s'écoule une très-petite quantité d'urine, qui ne se reproduit d'ailleurs qu'après un très-long intervalle. En même temps que ces choses se passent du côté de la fonction de la sécrétion et de l'excrétion urinaire, les symptômes de réaction sympathique du côté de l'estomac, de la circulation, sont plus intenses ; les signes qui traduisent à l'observation la saturation du sang par les matériaux propres que l'organe malade est appelé à éliminer, se prononcent de la manière la plus tranchée. La fièvre est intense, toute l'économie est dans un état de malaise général qui, si les accidents ne cessent, se transformera bientôt en désordres plus limités et plus immédiatement dangereux : c'est ainsi que le délire peut s'allumer, que des convulsions peuvent survenir ; c'est ainsi, enfin, que le malade peut succomber, et succomber très-souvent au milieu des accidents non douteux d'une véritable urémie.

Comme nous n'avons, en aucune façon, l'intention de tracer ici le tableau complet de la néphrite, dans les conditions spéciales dont il s'agit en ce moment, ce que nous ne saurions faire, faute de

matériaux suffisants, et que notre but, infiniment moins ambitieux, est simplement de fixer l'attention de nos lecteurs sur un cas de pratique où il est si facile de s'égarer, quand on manque des indications qu'une expérience, même incomplète, a cependant déjà fournies, nous nous contenterons des courtes remarques qui précèdent, et nous allons rapporter immédiatement l'observation si intéressante à propos de laquelle nous avons cru devoir entreprendre ce court travail.

M. L***, âgé de soixante ans environ, d'une bonne constitution, a eu, à des époques différentes de sa vie, des coliques néphrétiques dont le caractère ne saurait être douteux, en présence des petits calculs qu'à diverses reprises il a rendus spontanément dans plusieurs de ces attaques. Jusqu'à l'époque où, pour la première fois, nous observons le malade, il ne paraît pas qu'il se soit présenté rien du côté de la fonction urinaire, qui ait pu mettre sur la voie de la lésion pathologique dont nous parlerons tout à l'heure. Il y avait déjà plusieurs jours que le malade souffrait de ses coliques ordinaires, lorsque nous le vîmes. Il y avait des vomissements fréquents, des douleurs intenses du côté des reins, une fièvre vive, insomnie, et un sentiment de malaise général beaucoup plus grand que dans le cas de néphrite calculeuse ordinaire ; mais ce qui frappa surtout notre attention, c'est que le malade n'avait pas rendu la plus petite quantité d'urine ; et, non-seulement cette sécrétion avait manqué d'une manière absolue, mais, en palpant l'hypogastre, on ne sentait point la vessie qui, si elle eût contenu de l'urine, aurait dû former une tumeur si manifeste, à considérer le long temps depuis lequel M. L*** n'avait point uriné.

Bien que ce symptôme négatif ne nous laissât aucun doute sur le fait qu'il dénonçait, nous n'en crûmes pas moins devoir introduire une sonde : à peine si celle-ci ramena quelques gouttes de liquide urinaire. Fort incertain sur la cause qui produisait un tel résultat, et bien que ne comprenant pas qu'une néphrite calculeuse si probable, mais existant déjà depuis plusieurs jours, eût abouti à une anurie si complète, nous n'en conseillâmes pas moins une saignée de bras, des bains, des diurétiques abondants, etc. Tous ces moyens échouèrent, et la vessie resta jusqu'à la fin vide. Mais, d'un autre côté, les symptômes généraux marchaient avec une rapidité effrayante ; le délire survint, et le malade ne tarda pas à succomber. Nous obtînmes de faire l'autopsie, à une condition toutefois, c'est que nous bornerions nos investigations à constater l'état des voies urinaires. Les résultats furent les suivants : le rein droit était

complétement atrophié, son tissu dense, le volume n'en dépassait pas une grosse noix ; l'urètre correspondant était réduit à une sorte de cordon ligamenteux. Le rein gauche, au contraire, était au moins doublé de volume ; il était rouge, enflammé, ramolli dans ses deux éléments, et contenait une gravelle abondante et inégalement répartie. L'uretère, du même côté, ne nous a pas semblé plus dilaté qu'à l'état normal, et il contenait également une certaine quantité de sable fin, mais en quantité insuffisante pour empêcher mécaniquement l'écoulement du liquide urinaire, au cas où ce rein l'eût sécrété comme dans l'état de santé.

Si l'on rapproche ce cas de ceux qu'a rapportés M. Rayer, les analogies en sont manifestes. Comme les remarques que nous avons faites tout d'abord mettent suffisamment en lumière ces analogies, nous terminerons cette courte notice par quelques réflexions sur la thérapeutique ; réflexions qu'appellerait un cas aussi insolite, si, par une analyse attentive des symptômes, on parvenait à reconnaître la maladie avec son originale physionomie durant l'existence du patient. Dans un cas analogue à celui que nous venons de rapporter, M. Rayer constate l'efficacité, au moins temporaire, d'une médication antiphlogistique assez énergique. Nous croyons, en effet, que, quand cette médication n'est pas contre-indiquée par l'état général des malades ou l'état des forces, c'est à cette médication qu'il faut avoir recours. La saignée, en pareil cas, n'agit pas seulement comme moyen propre à combattre la phlegmasie qui entrave la sécrétion urinaire ; on doit se proposer, de plus, en l'employant, de diminuer la masse de sang, afin d'y diminuer en même temps les éléments propres de l'urine, qui, restant dans l'économie, y deviennent un principe essentiellement hostile à la vie. Il s'agit ici, comme dans une foule d'états morbides qui, en vertu des forces restauratrices immanentes dans l'organisme vivant, tendent à disparaître, de gagner du temps, c'est-à-dire de laisser à ces forces le temps qui leur est nécessaire pour leur développement normal. Si, à la faveur de cette médication employée d'une manière active, on parvient à juguler ou au moins à éteindre rapidement le processus inflammatoire dont le rein est le siége, la sécrétion urinaire reparaîtra et sauvera l'organisme du danger d'une intoxication interne qui ne va à rien moins qu'à éteindre la vie par la perturbation que la suspension de cette fonction essentielle apporte invinciblement dans les actes normaux des principaux appareils. Enfin, est-il besoin d'ajouter que si, comme dans le cas que nous avons rapporté, la néphrite coexistait avec la gravelle, celle-ci devrait être combattue et par les moyens dont dispose

l'hygiène et par les moyens thérapeutiques, avec d'autant plus d'énergie qu'elle peut d'un jour à l'autre rappeler la phlegmasie néphrétique, qui, dans cette circonstance exceptionnelle, expose la vie à un si grand péril ?

Du traitement de la phthisie pulmonaire (¹).

Par le professeur J. Hughes Bennet.

Il me reste maintenant à jeter un coup d'œil sur le traitement spécial qui peut être réclamé par la gravité plus ou moins anormale de tel ou tel symptôme ou par l'existence de certaines complications.

Dans la phthisie, la *toux* est sèche et hachée ; lorsque les tubercules se ramollissent, elle devient humide et plus prolongée ; lorsque les cavernes sont déjà formées, elle est creuse et retentissante. Dans tous les cas, la toux n'est autre chose qu'un acte spasmodique occasionné par l'excitation des branches du pneumo-gastrique, et entraînant des mouvements reflexes simultanés dans les tuyaux bronchiques et dans les muscles de la poitrine. *L'expectoration* qui accompagne la toux sèche est d'abord rare et muco-purulente, plus tard copieuse et purulente. Lorsqu'elle prend le caractère nummulaire, c'est que le plus ordinairement elle provient des excavations pulmonaires. L'accumulation des crachats dans les tuyaux bronchiques est une cause d'excitation à la toux, et, par suite, ce dernier symptôme se trouve souvent combattu au mieux par les moyens qui diminuent la quantité des crachats ; mais, lorsque la toux est sèche, il faut avoir recours aux moyens qui diminuent la sensibilité des nerfs. Dans le premier cas, la quantité de mucus et de pus qui se forme dépend matériellement de la faiblesse du corps et des progrès de la tuberculisation. Par suite, une bonne alimentation et la surveillance des fonctions digestives constituent les meilleurs moyens de suspendre à la fois la toux et l'expectoration, tandis que les mixtures nauséeuses d'ipécacuanha et de scille sont le plus mauvais traitement à employer ; car, s'ils calment la toux, ils augmentent l'intolérance de l'estomac pour les aliments et mettent obstacle à la tendance curative de la maladie. Lorsque la toux est sèche, avec crudité des tubercules, comme dans la première période, et dans la dernière, avec des cavités vides, de légers révulsifs peuvent être utiles. L'opium soulage aussi, mais il ne guérit pas.

(¹) Suite. — Voir les livraisons précédentes, p. 352 et 385.

C'est la *perte d'appétit*, le plus constant et le plus important symptôme de la phthisie, qui nuit plus que tout autre au rétablissement de la nutrition. Si les malades ne peuvent prendre ou digérer aucun aliment ou leur succédané, l'huile de foie de morne, c'est en vain qu'on espère quelque amélioration dans les symptômes essentiels de la maladie. Mais que les médecins ne s'y laissent pas prendre, ils trouveront des phthisiques qui leur diront qu'ils ont bon appétit et qu'ils mangent convenablement, et qui, par le fait, n'ont qu'une nourriture très-insuffisante et ne touchent aux aliments que du bout des lèvres. C'est aux médecins à s'informer de la nature de cet appétit, de la quantité d'aliments ingérés et de la manière dont la digestion s'opère. Dans le cas, par exemple, où la digestion est accompagnée de renvois acides ou autres renvois désagréables, il faut mettre l'estomac au repos, même avant de commencer l'huile de foie de morne, tenter ensuite quelques aliments légers et délicats, et essayer de réveiller les fonctions digestives engourdies, par l'administration, toutes les quatre heures, de dix gouttes d'esprit ammoniacal aromatique dans un petit verre d'une infusion amère de colombo ou de gentiane, avec un peu de teinture d'oranges amères, de cardamome ou d'autres carminatifs. De cette manière, l'estomac retrouve souvent sa tonalité, les aliments sont mieux supportés, et l'huile de foie de morue peut être essayée, d'abord à la dose d'une petite cuiller à thé, ensuite à plus haute dose. Si ce plan réussit, on peut être presque certain d'une amélioration dans les symptômes.

Malheureusement encore, assez souvent l'estomac est bien autrement dérangé : *nausées* et même *vomissements alimentaires*. Dans les dernières périodes de la phthisie, le vomissement est quelquefois produit par la violence de la toux et la propagation de l'action reflexe à l'estomac par le nerf vague. Lorsqu'il y a seulement des nausées, il peut suffire d'éviter toutes les substances qui ont un effet nauséeux, de ne pas surcharger l'estomac et de lui donner du repos ; à plus forte raison, si l'on a absorbé des médicaments. J'ai trouvé dans la mixture de naphte un moyen efficace d'arrêter le vomissement dans la phthisie. Lorsque le vomissement dépend de la toux, c'est elle qu'il faut combattre. J'ai vainement essayé les vomitifs pour calmer les nausées et les vomissements.

La *diarrhée* est un symptôme très-commun dans tout le cours de la phthisie, d'abord lié à l'excès d'acidités dans le canal alimentaire, mais plus tard dépendant de dépôts tuberculeux et d'ulcérations dans les follicules intestinaux. La meilleure manière de

mettre un terme à ce symptôme fatigant, c'est d'améliorer la qualité et la quantité des aliments. Dès que les fonctions digestives sont retrempées, ce symptôme disparait avec tous les autres troubles fonctionnels du canal alimentaire. Par suite, il faut éviter d'avoir recours de bonne heure à de grandes doses d'opium, à l'acide gallique, au tannin et aux astringents puissants en général, et s'en tenir aux plus doux de cette classe, à la chaux avec la confection aromatique, ou à un anti-acide, comme quelques grains de carbonate de potasse. D'un autre côté, à une période avancée de la maladie, lorsque la diarrhée est continue et se montre rebelle à ce traitement, on peut supposer qu'il existe des dépôts tuberculeux dans l'intestin, et l'on doit donner les astringents les plus forts avec l'opium, à titre de palliatif.

C'est une chose vraiment surprenante que de voir le degré où peut arriver, dans certains cas, la tuberculisation pulmonaire, sans amener des douleurs dans la poitrine. Souvent il y a sensation de constriction ou d'oppression, mais trop faible pour exciter l'attention des malades, ou trop fugitive pour permettre de la rapporter à sa cause véritable. Si la maladie s'accompagne de symptômes pneumoniques, il peut y avoir une douleur plus ou moins sourde; mais, le plus ordinairement, c'est lorsque la plèvre a été envahie que la douleur est aiguë. La meilleure manière de soulager est de mettre les parties au repos et d'appliquer des fomentations tièdes ou des cataplasmes chauds. De légers révulsifs peuvent aussi avoir leurs avantages dans certains cas. D'un autre côté, les sangsues et les ventouses, bien qu'elles puissent soulager, sont en opposition avec le principe général de soutenir les forces. Les opiacés font mal également, en détruisant l'appétit et en augmentant la douleur. Il faut bien y avoir recours cependant, si la douleur est trop vive et trop prolongée, surtout si elle détruit le sommeil, et, dans ces circonstances, j'ai vu le chloroforme être le meilleur calmant.

L'*hémoptysie* est souvent un symptôme qui marque le début de la maladie chez des personnes en qui rien ne pouvait la faire soupçonner, et chez qui un examen physique attentif ne fait rien reconnaître. Parfois ce sont seulement des crachats striés de sang, et on peut voir l'hémoptysie à une période avancée de la maladie, probablement à la suite d'une ulcération d'un vaisseau assez important. Dans tous les cas, le meilleur remède est encore le repos et l'abstention de toute espèce d'activité corporelle ou intellectuelle. On a recommandé les astringents et particulièrement le plomb et l'acide gallique, mais comment quelques grains de ces remèdes introduits

dans l'estomac peuvent-ils agir sur les vaisseaux déchirés? C'est ce que je ne puis comprendre, et je ne connais pas un cas de succès incontestable par le fait de leur emploi. L'opium a été également administré à haute dose, à titre d'astringent et d'anodin. C'est sans doute en calmant l'excitation nerveuse qu'il a pu être utile dans ces cas; mais son emploi a tant d'inconvénients qu'on ne saurait guère y avoir recours. Je connais quelques cas dans lesquels une prétendue hémoptysie était due à une maladie folliculaire du pharynx ou du larynx, maladie qui a disparu, avec les prétendus phénomènes de phthisie, après la cautérisation par le nitrate d'argent.

Quant aux sueurs, je les regarde comme un symptôme de faiblesse, et, par suite, c'est un symptôme commun dans la phthisie, sans lui être spécial. Par suite, le véritable traitement curatif consistera à réveiller le travail de nutrition et à rendre des forces à l'économie. Toutes les fois que l'huile de foie de morue et une bonne alimentation produisent leurs effets avantageux, on verra les sueurs disparaître avec la toux et l'expectoration. D'un autre côté, donner des acides, comme on le fait généralement, c'est ajouter encore à l'état d'acidité du tube digestif et se mettre par conséquent en opposition directe avec la digestion des principes gras que réclame l'assimilation.

Il ne faut pas oublier que les phthisiques et tous ceux qui sont atteints de consomption pulmonaire sont particulièrement sensibles au froid. L'arrêt de la perspiration pulmonaire est compensé par l'accroissement d'activité de la peau, qui devient alors excessivement sensible à l'abaissement de température. Le froid appliqué sur le corps produit, par l'action reflexe, la toux spasmodique et l'excitation des poumons. De là la nécessité pour les phthisiques de porter des vêtements chauds et de se couvrir le visage avec un de ces instruments dits *respirateurs*, ce qui est un vêtement de plus, mais rien moins qu'un moyen de faire respirer de l'air chaud; de toujours voyager le dos tourné aux chevaux ou à la machine; de changer de vêtements ou de chaussures, dès qu'ils sont humides; de ne pas passer trop brusquement d'une température à une autre, etc., etc.

Quant aux *symptômes fébriles*, pouls fréquent, excitation générale, soif, perte d'appétit, si communs dans le cours de la phthisie, ils tiennent aux causes de la fièvre symptomatique en général. L'intensité de ces symptômes est toujours en rapport avec l'activité de la maladie locale, avec l'étendue de l'absorption secondaire, qu'elle

procède des tissus ou des dépôts morbides. Rien de plus commun que ces attaques de prétendues inflammations dans la phthisie, et le praticien peut souvent déterminer, à l'aide des signes physiques, l'existence d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'une bronchite, entée sur la lésion primitive, et assez souvent d'une laryngite, d'une entérite ou de tout autre désordre. Dans ces cas, la nature indique elle-même, par la perte d'appétit et par la soif, que le traitement analeptique n'est plus applicable. L'alimentation, l'huile de foie de morue même, doivent être supprimées; si les symptômes fébriles sont aigus, du lait, du bouillon, pour revenir de nouveau à une alimentation fortifiante; mais pas de saignées générales ou locales, car, malgré le soulagement qui en résulte et surtout de ces dernières, rien ne prouve leur utilité, et il vaut mieux s'en tenir aux sels neutres, au tartre stibié en particulier, à petites doses, associé aux diurétiques. Quant au mercure si vanté dans la phthisie aiguë, je suis encore à en voir le moindre effet; en revanche, la quinine est utile, surtout dans les cas où il existe des frissons revenant à des intervalles plus ou moins réguliers.

La *faiblesse* est un symptôme très-commun dans la phthisie et très-fâcheux à tous égards; car elle plonge les malades dans une indolence physique et morale peu favorable à la stimulation des fonctions nutritives, si utile en pareil cas. C'est dans le but de remédier à cette faiblesse que l'on a donné les toniques; mais je n'ai jamais vu la quinine, ni les infusions amères, ni les ferrugineux avoir grand résultat, tandis que, par leur action nauséeuse, ces médicaments dégoûtent le malade et troublent les fonctions de l'estomac. La grande indication est de faire disparaître les symptômes dyspeptiques, de donner de l'huile de foie de morue, une alimentation animalisée, et d'améliorer l'appétit par un excercice convenable et par le changement des impressions. Que le praticien réussisse à remonter les fonctions nutritives, et l'on sera souvent surpris de voir à quel point les forces augmentent, preuve de ce que doit être la véritable méthode de faire disparaître la débilité. J'ai souvent vu des malades assez faibles pour ne pas pouvoir s'asseoir dans leur lit, qui, sous l'influence d'un traitement analeptique, finissaient par sortir, monter à cheval sans fatigue, alors que tous les toniques végétaux, minéraux et acides avaient été essayés sans succès.

Le *désespoir* et l'*inquiétude* sont encore deux facteurs avec lesquels il faut savoir compter. Rien de plus certain que l'influence des émotions morales dépressives sur la marche de la phthisie, et pas

de cas plus graves que ceux de ces malades doux et inoffensifs, contents de tout et qui se résignent sans difficulté à tout ce qui peut leur arriver. Rien de plus difficile que de rendre à ces personnes assez d'énergie pour en obtenir qu'elles prennent de l'exercice ou se soumettent à des règles hygiéniques absolument indispensables pour ranimer l'appétit ou les fonctions nutritives. A ces personnes il faut recommander les voyages à petites journées, les sociétés intéressantes et tout ce qui peut élever leur esprit et leur communiquer insensiblement un stimulus suffisant. D'un autre côté, l'inquiétude, malgré son influence dépressive sur les fonctions digestives, est souvent un aide utile pour le médecin ; car ceux-là sont capables de poursuivre un traitement avec énergie, qui sont le plus soigneux de leur santé et qui, par conséquent, se préoccupent le plus des conséquences de leur maladie. La plupart des guérisons permanentes que j'ai obtenues appartenaient à des cas de ce genre, des médecins principalement ou d'autres personnes au courant de la nature de leur maladie, qui avaient déployé une résolution et une force d'âme au-dessus de tout éloge, et qui avaient lutté courageusement contre la douleur locale, la faiblesse et les frayeurs nerveuses.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'amaurose dans l'albuminurie et dans le diabète et de son traitement.

Par M. le docteur Deval.

La maladie de Bright (*néphrite albumineuse* de M. Rayer) se manifeste, durant la vie, par deux symptômes caractéristiques : l'existence dans les urines d'une certaine quantité d'albumine, et la formation d'épanchements dans le tissu cellulaire et dans les cavités séreuses, d'où un œdème plus ou moins étendu, parfois l'anasarque, et d'où aussi des collections séreuses dans les plèvres, le péritoine, etc. Qui ne sait qu'on acquiert la certitude de la présence de l'albumine dans les urines par l'ébullition de ces dernières, ou en y versant de l'acide azotique ou un peu d'alcool ; l'albumine se coagule et se dépose au fond du vase, sous forme d'un précipité floconneux. Mais il faut ajouter que l'albuminurie est loin d'être toujours une entité morbide ; que, le plus souvent même, c'est un simple accident sécrétoire qui accompagne des maladies diverses, aiguës ou chroniques, telles que les fièvres éruptives, la scarlatine

notamment, dans la période de desquamation, des lésions du cœur, du foie, etc. Au demeurant, dit le docteur Blot, l'albuminurie peut exister, même fort abondante, sans néphrite et sans désordre appréciable dans le tissu du rein; très-souvent ce symptôme est purement fonctionnel, chez les femmes enceintes, par exemple, où l'albuminurie paraît avoir pour cause une simple hypérémie rénale. L'auteur ajoute qu'il regrette de voir cette expression employée comme synonyme de *néphrite albumineuse*, de *maladie de Bright*, vice de langage qui a le grave inconvénient de perpétuer des idées erronées.

Bright, Addison, Simpson, M. Rayer, ont mentionné le trouble des fonctions visuelles comme se manifestant parfois dans le cortége symptomatique de l'affection granuleuse des reins. Toutefois, c'est au docteur Landouzy (de Reims) que doit être attribué l'honneur d'avoir le plus insisté sur ce phénomène, avant la découverte de l'ophthalmoscope. Dans une série de travaux publiés à partir de 1849, ce professeur avançait que l'amaurose, à des degrés variables, était presque constante dans l'albuminurie; qu'elle l'annonçait, comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents; qu'elle s'évanouissait et reparaissait en même temps que le dépôt albumineux des urines. M. Landouzy disait à cette époque [1] que l'amaurose albuminurique et l'amaurose diabétique lui paraissaient dépendre du même genre d'altération primitive, c'est-à-dire d'une lésion du système nerveux ganglionnaire.

L'ophthalmoscope a singulièrement élucidé cette importante question de la nosologie ophthalmique. Il nous a appris que, dans les perturbations visuelles associées à l'albuminurie, on ne découvrait parfois rien de bien caractérisé dans les profondeurs de l'œil, la maladie ayant probablement alors sa source dans l'encéphale; qu'il n'y avait, dans d'autres circonstances, qu'hypérémie des vaisseaux qui se montrent sur la papille optique et sillonnent la rétine et la choroïde, sans que cette condition présentât quelque trait qui pût être considéré comme pathognomonique; que, dans une troisième catégorie de malades, on constatait une série de caractères spéciaux du plus haut intérêt, et qui devront être l'objet de notre examen. Presque constamment, d'ailleurs, la cornée et les humeurs de l'œil conservent, dans tous ces cas, leur transparence physiologique. Il y aurait erreur à croire que la vue fût constamment troublée dans l'albuminurie. Les observations de MM. Honoré, Michel Lévy,

---

[1] Union médicale, année 1850, p. 527.

Martin-Solon et de plusieurs autres médecins estimés, observations dirigées d'une manière plus particulière vers l'organe de la vue, depuis la communication de M. Landouzy à l'Académie des sciences (8 octobre 1849), ont démontré que l'amaurose ne devait être regardée que comme une complication exceptionnelle de la présence de l'albumine dans le liquide urinaire. Deux malades, traités par le docteur Ancelon, n'ont offert aucune détérioration des fonctions visuelles; ils ne cessèrent même de se livrer à la lecture pour charmer les ennuis du long repos auquel les avait condamnés la gravité de leur mal; deux autres n'ont point parlé du moindre désordre du côté des yeux. Il y a mieux : chargé, pendant trois années, de recueillir les observations du professeur Fouquier, dont il remplissait les fonctions de chef de clinique, le docteur Marchal, qui habitait en cette qualité l'hôpital de la Charité, annonce que, dans les nombreux cas d'albuminurie qu'il eut l'occasion de rencontrer, il ne constata presque jamais l'existence d'un trouble visuel quelconque. (Thèse inaugurale, année 1850.) Nous citerons, par contre, le médecin suédois Malmstein, qui prétend avoir observé l'amblyopie onze fois sur vingt-quatre sujets atteints d'albuminurie, et M. Simpson, qui, la qualifiant de symptôme prémonitoire, lui assigne une importance toute particulière [1].

L'un des traits principaux de l'amaurose albuminurique est caractérisé par le développement, dans les éléments de la rétine, de taches blanchâtres ou d'un blanc jaunâtre et d'un aspect brillant, qui naissent sur diverses parties de cette membrane, souvent sur le trajet ou à l'extrémité des vaisseaux. Ces dégénérescences, de nature graisseuse, sont tantôt primitives, tantôt consécutives à d'autres altérations (Lecorché) [2]. Leur point originaire le plus commun paraît être le voisinage de la papille optique, où on les voit quelquefois disposées sous une forme circulaire. Peu à peu, les exsudats graisseux se rapprochent, deviennent confluents, se répandent dans toutes les directions et finissent par se convertir en masses dénuées d'uniformité et pourvues de la teinte précédemment indiquée. Le fond de l'œil alors est entièrement obscurci par elles, tandis qu'à l'origine du mal quelques portions de la rétine, jouissant de leur diaphanéité, permettaient encore d'apercevoir la choroïde sous-jacente. Je donne dans ce moment des soins à une femme qui, la

---

(1) P. Lorain, *De l'albuminurie*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1860, p. 31.

(2) E. Lecorché, *De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse*, thèse inaug. Paris, 1858.

première fois qu'elle se présenta à mes consultations cliniques, offrait au fond des globes des amas jaunâtres et disposés de telle sorte qu'on eût dit que la région rétinienne, y compris la papille, était barbouillée avec de la colle. Elle était alors enceinte de cinq mois. C'est surtout depuis l'accouchement que la résorption s'est activement effectuée dans les obstacles ; aujourd'hui, les papilles sont entièrement démasquées, et les parties, naguère compromises, ont recouvré leur teinte rosée, sauf quelques points encore encombrés par des dépôts graisseux. La malade, jadis aveugle, ne conserve guère qu'un scotome fixe par rapport à l'axe de la vision, et qui donne lieu à une interruption du champ visuel. Les urines étaient très-fortement chargées d'albumine au début ; elles en conservent à peine quelques traces (1).

Un second caractère de l'amaurose albuminurique, symptôme qui semble le plus souvent précéder celui qui vient d'être signalé, dérive de la présence de taches ecchymotiques sur la région rétinienne. J'ai rarement observé des suffusions hémorrhagiques étendues ; celles-ci se sont le plus communément présentées sous forme de points rouges répandus çà et là au milieu des plaques graisseuses. Cet ensemble morbide donne lieu à un aspect bariolé qu'il suffit de n'avoir constaté qu'une fois pour reconnaître ensuite l'amaurose albuminurique. Ces bigarrures sont encore rendues plus marquées par l'addition de points plus sombres, souvent tout à fait noirs, qui semblent être des caillots desséchés, un bon nombre d'entre eux cependant nous ayant paru du pigment choroïdien plus ou moins déplacé, comme dans la rétinite pigmenteuse.

Quand on réfléchit aux obstacles qu'opposent à la circulation des profondeurs de l'organe les amas qui viennent d'être signalés, et si l'on a égard aux infiltrations notées au commencement de cet article, et qui précèdent si souvent ou accompagnent l'amaurose albuminurique, on sera assez porté à admettre qu'un certain degré d'œdème de la rétine et des parties sous-jacentes doit s'ajouter à la variété étiologique qui nous occupe. Parfois même, un œdème de la rétine, sans dégénérescence graisseuse de cette membrane, a été diagnostiqué dans la maladie de Bright. Tel était le cas d'un malade dont l'observation a été relatée par M. Heyman (de Dresde) ;

(1) M. Liebreich dit également avoir observé, chez quelques malades, la disparition insensible des plaques de graisse et des extravasations, le rétablissement de la papille et des vaisseaux, et même, dans un cas, le recollement complet de la rétine détachée.

ses pupilles étaient dilatées et immobiles ; sa cécité était complète. L'exploration ophthalmoscopique montra une hypérémie des rétines et un bombement des papilles, qui avaient presque le double de leur volume habituel. M. Heyman pensa qu'il y avait probablement ici gonflement séreux des papilles. Le décollement de la rétine paraît rare dans l'amaurose albuminurique. L'exophthalmos, qui a été parfois noté, tantôt à un œil, tantôt aux deux yeux, est incontestablement lié à une infiltration séreuse du tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

La forme pathologique dont il s'agit peut entraîner une suspension absolue de la vision ou un simple trouble amblyopique de cette fonction. Il est digne de remarque qu'on rencontre plus souvent, dans l'espèce, des interruptions que des diminutions du champ visuel. Parfois, d'ailleurs, les désordres rétiniens semblent trop bornés, chez les albuminuriques, pour rendre compte de la cécité, de telle sorte qu'il y a lieu d'invoquer une seconde source de perturbations dans les autres parties qui concourent à l'acte de la vision. M. Lecorché fait remarquer que l'amblyopie s'évanouit parfois après avoir duré un certain temps, pendant que la néphrite albumineuse continue son cours. Il peut arriver encore que les symptômes de celle-ci disparaissent sans que l'amblyopie subisse des modifications notables ; l'amblyopie, dans d'autres cas, marche en même temps que le mal principal et dure jusqu'à la mort. M. Lecorché ajoute que, dans cette marche parallèle de l'affection principale et de l'affection secondaire, on ne constate point de rapports bien nets entre la gravité des accidents de la néphrite et l'intensité des troubles visuels. Chez la malade dont il a été précédemment question, j'ai soumis, dans toutes les consultations, les urines à l'acide nitrique et à la chaleur. Or, les médecins présents ont pu vérifier comme moi qu'il y avait constamment une proportion très-prononcée entre l'abondance de l'albumine urinaire et l'obscurcissement du fond des globes.

Quelques recherches micrographiques démontrent que la sclérose rétinienne albuminurique ne débute ni dans la couche des bâtonnets, ni dans la région la plus antérieure de la rétine ; c'est entre les cellules encéphaliques (couche des cellules ganglionnaires) que se développe le dépôt graisseux, qui entraîne ensuite l'atrophie des cellules.

Parmi les conditions susceptibles de donner lieu à l'albuminurie, quelles sont celles qui engendrent des perturbations amaurotiques et celles qui ne déterminent aucun trouble de la fonction visuelle ?

En d'autres termes, peut-on apprécier la corrélation qui existe entre l'amaurose et l'albuminurie? Cette question est encore entourée des ténèbres les plus épaisses.

Il résulte de l'expérience de M. Simpson que l'amaurose albuminurique, qui se manifeste pendant la grossesse, est presque constamment suivie de convulsions éclamptiques. Dans d'autres cas, l'amaurose, qui assaillit les femmes enceintes, n'est point albuminurique, mais offre les allures d'une amaurose franchement cérébrale. Chez l'une de mes malades affectée suivant ce mode, la vue, qui s'était abolie au septième mois de sa dernière grossesse, ne s'est plus reconstituée après l'accouchement. Il y a chez elle aujourd'hui atrophie très-prononcée des papilles, et le traitement, suivi jusqu'à ce jour (sublimé, pommade de Gondret, etc.), n'a abouti qu'à lui faire distinguer les ombres des corps, tandis qu'elle était auparavant plongée dans les ténèbres. La vision s'était également éteinte, chez la même malade, au septième mois de la grossesse précédente, mais avait reconquis, un mois après les couches, sa normalité primitive.

J'ai relaté, dans mon *Traité de l'amaurose*, l'exemple d'une actrice française qui habitait, il y a quelques années, Constantinople pour l'exercice de son art, quand, au cinquième mois de sa grossesse, elle fut frappée de cécité. Tous les moyens mis en œuvre se montrèrent stériles. On la croyait aveugle à jamais, lorsque, par la parturition, la maladie se dissipa comme par enchantement. Des faits de ce genre ne sont pas rares. Des femmes sont devenues aveugles à chacune de leurs grossesses, bien que, dans quelques cas, plusieurs années se fussent écoulées depuis leur dernier accouchement. L'épouse d'un pharmacien, citée par le docteur Santesson, fut, dans l'espace de dix ans, affligée d'amaurose complète aux deux yeux, pendant huit grossesses consécutives. Dans les premières, la vue se reconstituait une semaine après l'accouchement ; un mois se passa, lors des dernières, avant le retour des perceptions visuelles. Une femme dont parle Portal devint amaurotique à sa première grossesse, sourde à la seconde, presque muette à la troisième. Dans une observation publiée par le docteur Macario, avant la découverte de l'ophthalmoscope, il s'agit d'une femme, déjà mère de trois enfants, et qui, arrivée au terme de sa dernière grossesse, ressentit, vers quatre heures du matin, une douleur vive à l'épigastre ; sa vue s'abolit subitement. Deux heures après, elle fut attaquée de convulsions violentes, pendant lesquelles elle accoucha sans en avoir la conscience. Les convulsions éclamptiques ne se terminèrent

qu'à minuit, huit heures après l'accouchement. A sept heures du lendemain matin, la malade avait recouvré la vue.

Des troubles de la vision ont été constatés à la suite de l'application de vésicatoires préparés avec les cantharides. Il résulte des observations de M. Landouzy [1] que l'amaurose, déterminée par l'albuminurie cantharidienne, se dissipe généralement dans l'intervalle de quelques heures à quelques jours. Un fait important à noter, c'est qu'elle peut subsister encore après la disparition de l'albumine urinaire.

Les perturbations oculaires, susceptibles de se manifester chez les diabétiques, demandent encore à être soumises à l'exploration ophthalmoscopique, qui, vu leur peu de fréquence, n'a fourni jusqu'à ce jour que des données incomplètes. Plusieurs de ces malades ont offert dans la région de la rétine des désordres analogues à ceux de l'amaurose albuminurique ; mais il y aurait lieu de s'enquérir, dans de tels cas, des conditions des milieux réfringents. Il résulte des recherches de M. Mialhe que c'est aux alcalis contenus dans les liquides animaux que la diaphanéité des humeurs vitales doit être rapportée. « Dans l'affection diabétique, dit-il, le sérum du sang, au lieu d'être transparent, comme dans l'état de santé, est, au contraire, opalin, d'une apparence laiteuse, fait constaté par Rollo, Dobson, Mac-Grégor et Thompson. D'une transparence incomplète des humeurs de l'œil vient l'affaiblissement de la vue. Aussitôt que, sous l'influence des alcalis, le sérum du sang reprend ses qualités transparentes, la vue cesse d'être trouble et reprend son intensité physiologique. »

Traitement. — Dans l'amaurose albuminurique, les prescriptions curatives seront en grande partie réglées par la maladie à laquelle elle se rattache. Le type sthénique ou asthénique de la perturbation visuelle devra influer également sur les décisions du praticien. Les sangsues derrière les oreilles, les ventouses sèches ou scarifiées sur la région de l'épine, les exutoires à la nuque, les onctions sur le front avec les pommades mercurielles ou iodées, et à l'intérieur l'acétate de potasse, à la dose de 4 grammes par jour daus une décoction de chiendent (Secondi) pourront être ordonnés dans le premier cas. L'on prescrira, dans le second, le vin ou l'extrait de quinquina, les préparations martiales, la pommade de Gondret au voisinage des yeux et au sinciput, les onctions et les vaporisations stimulantes. Les frictions sèches sur toute la surface du corps seront

[1] Communication à l'Académie de médecine, séance du 28 janvier 1851.

conseillées contre les œdèmes, si communs dans les conditions de ce genre. L'usage interne de l'acide nitrique a été employé avec succès, chez une jeune fille atteinte d'amaurose albuminurique, par le docteur Ponti (de Parme). Le tannin, à la dose de 1 à 4 grammes par jour, a été préconisé comme anti-albuminurique par le docteur Garnier.

On conseillera aux diabétiques l'eau de chaux, le lait de magnésie, le bicarbonate de soude ; en introduisant dans l'économie l'alcali qui fait défaut, ces agents, d'après M. Mialhe, tendent à rétablir les conditions normales des humeurs viciées et l'ordre naturel des fonctions assimilatrices. Les limonades, et en général toutes les boissons dites tempérantes, sont préjudiciables dans les cas de ce genre. En 1847, à l'époque des grandes chaleurs, un Italien, professeur de langues, tourmenté par une soif ardente, fit un usage immodéré de boissons acidules, de glace, de pastilles de citron, etc., sans éprouver de soulagement à la soif et à la sécheresse continuelle de la bouche. Le besoin d'uriner, qu'il ne ressentait que trois ou quatre fois par jour, devint de plus en plus pressant ; les urines étaient très-copieuses et plus abondantes que la somme des liquides ingérés ; il survint en même temps beaucoup de malaise, de la prostration des forces, de l'amaigrissement, un affaiblissement de la vue. M. Mialhe, ayant analysé les urines, constata l'existence d'une affection diabétique. D'après ses conseils, le malade cessa toute boisson acidule, et se soumit à un traitement alcalin par l'eau de Vichy, le bicarbonate de soude et la magnésie calcinée. Vingt-quatre ou trente-six heures suffirent pour la disparition de toute trace de sucre dans le liquide urinaire, et la guérison ne tarda pas à s'effectuer.

Documents statistiques sur divers points de chirurgie avec observations et commentaires. — Hernies inguinales.

Par le docteur Ar. Verneuil, chirurgien des hôpitaux, etc. (¹).

L'observation qui va suivre a déjà été publiée dans les Bulletins de la Société anatomique, devant laquelle j'ai présenté les pièces pathologiques (août 1856, p. 332, 2e série, t. Ier). C'était le premier cas de hernie étranglée que j'avais à traiter comme chef de service. Le malade, grand et fort, âgé de vingt-cinq ans environ, avait depuis longtemps une hernie inguinale gauche volumineuse, habi-

---

(¹) Suite et fin. — Voir les livraisons précédentes, p. 249 et 398.

tuellement maintenue par un bandage, mais qui n'était jamais complétement réduite. Les accidents se développèrent avec lenteur; la tumeur devint douloureuse, le cours des matières se suspendit, puis survinrent la fièvre, les vomissements, le hoquet, mais tous ces phénomènes n'étaient pas très-intenses, et comme ils avaient mis sept jours pour atteindre une gravité notable, j'avais toujours temporisé, croyant d'abord à une péritonite herniaire, dont j'espérais triompher par les bains; les sangsues, les lavements médicamenteux. Au début et dans le cours du traitement, le taxis avait été plusieurs fois mis en usage. J'étais fort embarrassé. La hernie était très-volumineuse, elle remplissait et distendait tout le scrotum, et mesurait bien en longueur 15 centimètres; son diamètre transversal était de 8 centimètres au moins; l'étranglement vrai est rare avec de telles dimensions; d'un autre côté, l'usage continuel d'un bandage faisait supposer la formation d'un collet ausa e, et concevoir dès lors la possibilité d'un étranglement par ce collet. Dans le doute, et en présence de l'aggravation constante des symptômes, j'opérai. Le sac était très-spacieux et les viscères contenus assez vivement enflammés; quelques fausses membranes, une sérosité abondante et rougeâtre, une injection vive dénotaient la péritonite locale. Je crus donc d'abord avoir eu tort; mais cependant la réduction ne se faisait pas. Je cherchai l'obstacle et ne pus le trouver qu'à une très-grande profondeur, dans l'intérieur même du ventre, bien au-dessus de l'anneau profond du canal inguinal. L'extrémité du doigt pouvait atteindre l'agent constricteur, mais je ne puis y porter le bistouri. Je parvins à introduire mon doigt dans l'anneau. Je l'abaissai, je le déchirai et parvins à élargir assez la voie pour pouvoir reporter dans l'abdomen la grande anse intestinale sortie. L'intestin était fortement coloré en rouge brun, mais cependant il n'offrait pas d'altération profonde; l'épiploon était également très-volumineux et adhérait au sac dans une très-grande étendue. Je n'aurais pu le réduire qu'en détruisant laborieusement avec le bistouri les liens celluleux qui le fixaient, et, en raison de la grande profondeur du collet du sac, cette dissection, pour être complète, eût été difficile et périlleuse. Je coupai donc l'épiploon et j'en retranchai gros comme une pomme ordinaire, en respectant la portion rétrécie qui adhérait au collet du sac.

L'opération avait été pratiquée à quatre heures du soir, le septième jour après l'apparition des accidents : pansement simple sans réunion, purgatif prescrit. La nuit fut bonne, ainsi que la journée du lendemain; le ventre n'était pas douloureux, mais seulement

ballonné et sonore à la percussion. Le cours des matières ne se rétablit pas, et cependant les vomissements et le hoquet cessèrent. Un nouveau purgatif fut administré et resta sans effet. Pendant la nuit suivante, trente heures environ après l'opération, le malade succomba dans le délire.

Autopsie. — L'anneau est libre et spacieux, l'intestin cependant ne s'y est pas engagé de nouveau, et la réduction a persisté. On ne trouve pas de péritonite aiguë, point de fausses membranes, point d'épanchement séreux, purulent ni sanguin. La surface des viscères est seulement un peu dépolie et poisseuse.

L'anse intestinale qui était dans la hernie n'est ni rompue, ni gangrenée ; elle se reconnaît aisément, toutefois, à sa coloration livide très-foncée ; elle est située très-loin de l'anneau, au voisinage de la courbure gauche du côlon, près de la grosse tubérosité de l'estomac. Elle est encore distendue par des gaz et des matières, ainsi que les portions voisines de l'intestin. On reconnaît manifestement la cause de l'obstacle au cours des matières ; en effet, dès que l'abdomen fut ouvert, je fus frappé de voir toute la masse intestinale distendue par des gaz et séparée en deux masses latérales, inégales, par l'épiploon tendu verticalement en forme de corde, depuis la grande courbure de l'estomac et le côlon transverse jusqu'à l'anneau ; large en haut, étroit et endurci en bas, cet épiploon formait avec la paroi abdominale postérieure et la fosse iliaque gauche une grande boutonnière ou arcade qui comprimait la masse intestinale dans son milieu et empêchait la communication libre entre les deux moitiés latérales du paquet intestinal. Ces deux moitiés étaient inégales, à droite se trouvaient environ les deux tiers de l'intestin grêle ; à gauche, du côté de l'opération, un tiers seulement des anses, et parmi elles, celle qui avait été étranglée dans le scrotum.

Avant l'opération, l'épiploon affectait donc la disposition suivante : dans l'abdomen, il formait une bande triangulaire, aplatie en haut, condensée dans le canal inguinal, et qui s'élargissait de nouveau dans le sac, pour constituer le renflement volumineux que j'avais réséqué pendant l'opération. A l'autopsie, j'ai constaté de nouveau les adhérences solides qui soudaient la portion cylindrique de l'épiploon à la paroi interne du sac au voisinage de l'anneau.

Cette observation a suscité dans le sein de la Société anatomique une discussion intéressante, dont les Bulletins n'ont reproduit que les points principaux et avec des détails insuffisants.

La première question est de savoir comment s'est faite la filiation des accidents. La disposition de l'épiploon existait certainement

avant leur début, elle devait gêner le cours des matières, mais sans l'entraver complétement. A un moment donné, la hernie est sortie du ventre; des gaz et des matières se sont accumulés dans les anses sus-jacentes situées à gauche de la bride, anses qui, par le fait de cette distension, sont venues en quelque sorte s'étrangler d'elles-mêmes contre le cordon épiploïque. La hernie, qui, au début, peut-être, n'était pas véritablement étranglée, s'est sans doute enflammée dans le sac et s'est étranglée consécutivement d'elle-même contre le collet du sac, qui était cependant large et assez peu résistant, puisque j'ai pu le dilater avec le doigt seul et sans débridement. M. Broca, dans la discussion, a adopté cette opinion d'un étranglement consécutif, et je partage cette manière de voir. J'ajouterai que le même mécanisme paraît s'être montré deux fois dans un cas pareil, et qu'il peut être reconnu comme cause à la fois de l'étranglement interne et de l'étranglement externe dans l'abdomen comme à l'anneau. L'agent de l'étranglement préexistait, mais n'agissait pas. L'intestin était sans doute un peu à l'étroit sous le pont épiploïque et dans l'anneau formé par le collet du sac; mais cependant la communication entre les anses, en deçà et au delà de ces obstacles, était encore permise. Une nouvelle condition survient, qui gêne la circulation des matières; aussitôt l'intestin se gonfle, il va à la rencontre des brides et en reçoit une compression. Les communications s'interceptent et les symptômes naturels à l'arrêt des matières se déclarent. Ils sont d'abord peu intenses, parce que la constriction est progressive, et que, d'ailleurs, elle n'est jamais circonscrite et violente; elle est tellement modérée, qu'au bout de sept jours elle n'a point altéré profondément la structure de l'anse incarcérée et n'a pas provoqué, au neuvième jour, de péritonite bien tranchée.

De là cette symptomatologie bâtarde, qui n'appartient exactement ni à l'étranglement véritable, ni à la péritonite herniaire; de là cette incertitude dans le diagnostic et cette indécision dans le traitement, de là enfin l'embarras où je me trouvai pour saisir les indications véritables.

Je me décide à opérer, parce que je suis en présence de l'inconnu et que les symptômes s'aggravent toujours. Je réussis à réduire, et pendant quelques instants je puis concevoir des espérances; mais je n'avais fait qu'une partie de la besogne. J'avais laissé l'œuvre incomplète, car j'avais ménagé une des deux causes de l'obstacle au cours des matières. Cette cause continue à agir et amène la mort. Je ne me repens nullement d'avoir fait la kélotomie, mais il est

évident que, pour avoir des chances de guérison, il aurait fallu prévoir, puis reconnaître, enfin détruire la cause de l'étranglement interne ; il aurait fallu détacher la bride épiploïque de ses adhérences au collet du sac pour faire cesser la tension dont elle était le siége et la pression qu'elle exerçait sur la partie moyenne de la masse intestinale. C'est précisément ce que je n'avais osé faire, et cela surtout parce que je n'avais pas compris que cette manœuvre était la condition *sine qua non* du succès.

Reste à savoir si on pouvait reconnaître la disposition des parties et si, en pareille occurrence, il serait possible d'éviter la faute que j'ai commise. Le rôle que joue la bride épiploïque dans la persistance des accidents, après la kélotomie, a déjà été noté. Pour que cette bride agisse de la sorte, il faut nécessairement qu'elle soit fixée à ses deux extrémités; si donc, dans le cours d'une opération, on constate l'adhérence solide de l'épiploon au pourtour de l'anneau, il conviendra de la détruire pour libérer la bride et la rendre flottante dans l'abdomen. Le meilleur moyen consiste-t-il à réduire ensuite l'épiploon dans l'abdomen. Mais cette réduction est loin d'être toujours facile et sans danger. Quand ce corps est volumineux, induré, fortement enflammé, sa reposition dans le ventre est fort périlleuse, elle propage à l'intérieur une péritonite circonscrite encore à la masse herniée, puis, si l'on a détruit les adhérences avec le bistouri, on a pu ouvrir des vaisseaux qui continueront à verser du sang dans la cavité péritonéale. D'un autre côté, de nombreuses observations prouvent qu'on s'est bien trouvé de laisser l'épiploon au dehors et de le détruire sur place par divers moyens. Ne pourrait-on pas prendre un moyen terme et agir ainsi qu'il suit : détruire, avec un instrument mousse autant que possible, les adhèrences profondes du cordon épiploïque, attirer celui-ci légèrement à l'extérieur, jeter autour de lui une fine ligature de soie ou de métal, couper au-dessous, garder à l'extérieur un des chefs du fil lâchement fixé au tégument. Réduire, après avoir coupé simplement le cordon épiploïque, exposerait à l'hémorrhagie interne consécutive, tandis que le séjour d'un fil délié, peu étendu et lâche, dans la partie inférieure de l'abdomen aurait peut-être moins d'inconvénients. — Je soumets volontiers à la critique ce plan de conduite.

Mais comment reconnaître sûrement l'adhérence solide du cordon épiploïque au pourtour de l'anneau? La chose n'est pas très-difficile. On peut, dans le cours même de l'opération, constater les adhérences directement par l'œil et le toucher; puis on s'aperçoit qu'on ne peut ni réduire l'épiploon hernié, ni l'attirer au dehors

par des tractions directes ; le doigt, enfin porté dans l'anneau, après le débridement et la réduction de l'intestin, peut facilement explorer l'état de la bride vers la profondeur.

On sent quelquefois, à travers la paroi abdominale, une corde verticale tendue de haut en bas, de la région ombilicale à la région inguinale. Enfin, comme les signes caractéristiques ne sont jamais trop nombreux, il en est un, qui n'a point encore été signalé que je sache, et qui, dans le cas précédent, était on ne peut plus évident. Je veux parler de l'ascension très-prononcée de l'agent constricteur, c'est-à-dire du collet du sac. J'avais, dans l'opération, ouvert à moitié le canal inguinal : en supposant que l'étranglement siégeât au niveau de l'anneau du *fascia transversalis*, je devais en être très-près, à deux ou trois centimètres au plus. Il n'en était rien. Mon indicateur gauche disparut complétement dans la plaie, et c'est seulement par son extrémité que je pus atteindre l'anneau constricteur. Celui-ci était donc remonté dans le ventre, à deux centimètres au moins de l'anneau profond du canal; du reste, je sentais bien que la pulpe de mon doigt touchait la paroi abdominale, à une notable distance au-dessus du ligament de Fallope. Cette ascension et cette rétraction du collet du sac pouvaient avoir pour cause le refoulement des viscères dans les tentatives du taxis, mais il eût été très-facile de les faire disparaître par des tractions exercées en sens inverse, ce qui n'avait pas lieu. Dès lors, la seule interprétation logique consiste à les attribuer à la traction exercée sur le collet du sac par la bride épiploïque, fortement tendue d'ailleurs par l'accumulation considérable des gaz et des matières dans l'intestin sous-jacent, l'épiploon. L'ascension considérable du collet du sac, qui crée un obstacle au débridement, serait donc l'indice de la bride épiploïque.

Je viens de disserter un peu à l'aventure sur cette grave complication, contre laquelle on n'a pas proposé de remède spécial, et qui pourtant ne paraît pas très-rare, puisque j'ai pu en trouver plusieurs exemples dans des lectures peu étendues. M. Velpeau en a parlé il y a longtemps déjà (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1842-43, deuxième semestre, p. 98). M. Legendre en cite un exemple très-analogue au mien : *Mémoire sur l'anus contre nature* (Mémoire de la Société de chirurgie, t. V, 1859, p. 248). Un troisième cas est consigné dans la Thèse de M. Barraud, de Lyon, 1837, n° 252, p. 13, etc.

Dans les deux observations qui me restent à mentionner, la péritonite a joué le rôle principal dans la première, et une sorte d'entérite

cholériforme dans la seconde ; cependant, dans les deux cas, l'opération avait été pratiquée en temps opportun. L'étranglement n'était pas trop ancien, les viscères étaient assez sains ; les conditions, en un mot, paraissaient favorables. Il s'agissait chaque fois d'entéro-épiplocèle, et je crus devoir réduire l'épiploon ; peut-être eût-il mieux valu laisser au dehors cette membrane et l'abandonner dans la plaie ; à l'avenir, j'essayerai d'agir ainsi et de suivre le conseil donné avec beaucoup d'insistance par M. Malgaigne. Lorsque l'épiploon est peu volumineux, peu injecté, on est bien tenté de le refouler dans le ventre et de rapprocher les bords de la plaie, afin d'accélérer la guérison ; peut-être faut-il se montrer moins pressé et laisser la plaie temporairement obstruée par le bouchon épiploïque.

Un jeune homme de vingt-cinq ans environ se présenta à l'hôpital Beaujon, atteint d'une hernie inguinale étranglée depuis la veille. La tumeur était peu volumineuse, elle était restée jusqu'alors inaperçue, et survenue dans un effort, s'était étranglée dès son apparition. Il s'agissait donc d'une hernie dite congénitale, quoique le mot soit impropre. Elle était dure, rénitente, mais peu douloureuse au toucher, point de péritonite, état général bon encore. Cependant les signes de l'étranglement étaient très-évidents et marchaient avec rapidité. L'anneau inguinal externe était étroit ; dans le canal inguinal, on sentait un cordon très-dur, du volume du doigt, formé par les viscères condensés dans un sac tubuliforme. Le taxis, entrepris à deux reprises différentes avec ménagement, mais avec une certaine puissance (vingt et vingt-cinq minutes, avec l'aide du chloroforme), resta sans aucun résultat ; il était cependant d'autant plus indiqué d'y insister, qu'à travers les parois du canal, on agissait directement sur les dernières portions sorties de l'intestin, tout près, par conséquent, de l'anneau constricteur.

Je diagnostiquai sans peine un étranglement très-serré par le collet du sac, situé assez profondément près de l'anneau péritonéal du canal. L'opération se fit sans difficulté. Je fus obligé toutefois de faire deux débridements : le premier superficiel, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ; le second, profond, ne comprenant que le collet du sac, dont l'ouverture était extrêmement étroite et résistante. Ce débridement fut sans doute insuffisant, car j'éprouvai quelque peine à attirer l'intestin et à le réduire, ainsi que la petite portion d'épiploon qui l'accompagnait ; du reste, ces viscères étaient peu altérés : réunion immédiate de la plaie, compresses d'eau fraiche pour pansement, purgatif, évacuations le soir même.

L'opération avait été faite à quatre heures du soir, vingt-huit heures après le début de l'étranglement.

Tout alla au mieux pendant deux jours, l'état général était très-bon, et la plaie extérieure était en partie cicatrisée. Survinrent alors les phénomènes d'une péritonite qui, malgré un traitement antiphlogistique énergique qui amena une rémission momentanée, enleva le malade dans le courant du troisième jour après son invasion.

L'autopsie ne révéla rien autre qu'une péritonite intense portant sur l'épiploon et sur le reste de la séreuse.

Pendant l'automne de 1859, on vint, en l'absence de M. Robert, me chercher pour voir, et opérer au besoin, une hernie étranglée à l'Hôtel-Dieu. Le malade était âgé de cinquante ans, bien constitué, extrêmement pusillanime. La hernie, datant de plusieurs années, siégeait à droite ; elle était habituellement maintenue par un bandage, et de médiocre volume. L'étranglement datait du matin, et je vis le patient à sept heures du soir. Il y avait une prostration très-grande des forces. Pouls petit, accéléré, point de péritonite, constipation, vomissements fréquents, uniquement bilieux. La tumeur était très-dure, l'étranglement paraissait très-serré ; à en juger par l'étroitesse du pédicule, il me semblait formé par le collet du sac.

J'opérai à la lumière, après vingt minutes de taxis pratiqué sous l'influence du chloroforme : rien de saillant dans l'opération. Le collet du sac était, en effet, l'agent de la constriction, il représentait un diaphragme mince et si résistant que l'extrémité de mon doigt, introduite dans l'ouverture pour guider le bistouri, en garda quelques instants une empreinte en forme de sillon, comme si on l'avait étreinte avec un fil métallique très-fin. Réduction facile de l'anse intestinale et de l'épiploon qui, l'un et l'autre, étaient peu altérés ; réunion de la plaie ; glace sur la région opérée. Une cuillerée d'huile de ricin. L'opération amena dans les symptômes une amélioration de courte durée, les forces restèrent déprimées. Il y eut encore deux ou trois vomissements, malgré le rétablissement des selles, qui eut lieu quelques heures après. Dans la journée du lendemain, les déjections alvines acquirent même une fréquence extrême, les matières avaient l'aspect qu'elles présentent dans le choléra, les extrémités se refroidirent et devinrent livides. Malgré le traitement tonique et stimulant qui fut institué, la mort survint quarante heures environ après l'opération. Je n'ai point assisté à l'autopsie, mais il m'a été dit que la péritonite n'existait pas. Du reste, un autre malade, également opéré d'une hernie, deux jours auparavant, par M. Robert lui-même, succombait en même temps d'une manière tout à fait analogue ; il n'y

avait cependant pas alors d'épidémie cholérique, mais seulement quelques dyssenteries et une constitution généralement funeste aux opérés.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur une nouvelle préparation du proto-iodure de fer inaltérable.

M. Vézu, qui s'est occupé tout spécialement de la dissolution des agents médicamenteux dans les corps gras, vient de lire à la Société de médecine de Lyon un travail sur une nouvelle application de cette forme pharmaceutique. Avant de reproduire la partie de son mémoire, dans laquelle il rend compte de son mode de préparation du proto-iodure de fer, nous devons rappeler la remarque que nous avons faite à propos d'une certaine huile d'iodure de fer ; remarque qui nous a conduit à une polémique qui n'est, ni dans nos goûts, ni dans nos habitudes. Les pilules de cacao au proto-iodure de M. Vézu sont une préparation galénique ; l'inaltérabilité d'un produit est un résultat précieux, mais la fixité de sa composition chimique est un point non moins important. Cette réserve faite, voici la note de l'honorable pharmacien de Lyon.

Après avoir rappelé l'historique de la question, M. Vézu poursuit. Connaissant par expérience les heureux effets que la médecine retire chaque jour des dissolutions métalliques dans les corps gras, j'ai eu l'idée de remplacer l'eau et l'huile par un corps gras solide, d'obtenir par lui la combinaison de l'iode et du fer, et d'avoir ainsi des pilules *indécomposées* et *indécomposables*.

Après beaucoup de recherches, le corps qui me parut le plus propre à obtenir ce résultat fut le beurre de cacao. En effet, ce corps, liquéfié à l'aide d'une chaleur douce et au bain-marie, dissout l'iode rapidement, il lui communique une couleur rouge sang. Si à cette dissolution on ajoute un excès de fer réduit par l'hydrogène, dans la proportion de six parties de fer pour quatre d'iode, on obtient, après trois ou quatre heures de contact et par une agitation continue, un iodure parfaitement neutre ayant, comme je viens de le dire, un excès de fer. Ce fer est favorable à la conservation du nouvel iodure, ainsi que je vais le démontrer en traitant de la préparation des pilules. Ce mélange, maintenu semi-liquide, acquiert une couleur jaune, puis noire, et enfin, lorsque l'opération est terminée, une couleur vert-bouteille.

Cette dernière transformation est l'indice que l'opération est ter-

minée, et que l'iode est entré en combinaison parfaite avec le fer.

On s'en assure en étendant sur du papier mouillé et amidonné une couche mince de cette préparation. Si la combinaison est bien faite, le papier ne se colore pas, il reste vert pendant un certain temps; dans le cas contraire, il devient instantanément bleu ou rouge.

Des essais comparatifs, faits de la même manière avec les pilules d'iodure de fer les mieux préparées, dans le but de constater la supériorité de résistance à la decomposition que possède au contact de l'air ce nouvel iodure, établissent qu'après un instant le papier a pris une teinte rouge avec les pilules de MM. Blancart, Gille et autres, et ce n'est qu'après plusieurs jours qu'on remarque, avec la masse pilulaire d'iodure au beurre de cacao, une légère teinte jaune rosée.

Ces premières pilules, coupées par le milieu et appliquées fortement sur du papier mouillé et amidonné, le bleuissent instantanément sans l'intervention de l'air.

Les pilules de cacao au proto-iodure de fer, bien préparées, ne produisent rien de semblable.

L'air a peu d'accès dans le beurre de cacao iodo-ferré, par la raison que sa solidification prompte à l'aide d'eau froide est un obstacle à son introduction. Sa surface subit à la longue une légère oxydation, mais elle est sans importance, attendu que, s'il se produit une décomposition partielle de cet iodure, il est reconstitué en le malaxant par le fer réduit qui s'y trouve en excès.

Cette reconstitution est analogue à celle qu'on obtient par l'agitation de la solution normale d'iodure de fer destiné à la préparation du sirop et qui contient, comme on sait, du fer en excès.

En outre, le beurre de cacao ne subit pas, ou presque pas, de modifications pendant l'union de l'iode et du fer, comme le fait l'eau; l'iode s'unit en très-faible quantité aux corps gras en devenant partie constituante de ces corps, contrairement au chlore, qui est absorbé en très-grande quantité.

J'ai démontré, dans mon mémoire sur la dissolution du fer dans les huiles, qu'elles ne se décomposent pas pour oxyder le métal: qu'il faut l'adjonction de l'eau et de l'air pour que cette oxydation ait lieu.

La manipulation qu'on fait subir à cette préparation pour la convertir en pilules, loin de l'altérer, lui donne une force de résistance plus grande contre l'action décomposante de l'air.

Ainsi, les pilules de *beurre de cacao* au proto-iodure ferreux ne sont pas altérées pendant leur confection; elles peuvent résister assez

longtemps à l'action de l'air sans se décomposer. Elles sont inaltérables après un enrobement de gomme et de sucre.

Le beurre de cacao possède des propriétés adoucissantes, nutritives et toniques ; il constitue, par sa combinaison avec l'iodure de fer, un médicament de premier ordre. Il détruit en partie la saveur trop amère, excitante et astringente de l'iodure de fer, et lui communique une saveur de chocolat.

La masse pilulaire du cacao au proto-iodure ferreux, traitée par l'eau, abandonne à ce liquide une partie de son iodure, qui est vert laiteux après filtration. Sa saveur est celle de la solution normale.

L'alcool produit des effets semblables.

L'éther dissout entièrement le beurre de cacao et son proto-iodure de fer. La dissolution éthérée a une couleur verdâtre. Cette couleur devient jaune après quelques heures d'exposition à l'air.

Ces pilules contiennent de 4 à 5 centigrammes d'iodure de fer et autant de fer réduit.

Cet excès de fer ne nuit en rien à leur action médicale, il les rend plus actives.

Leur emploi, longtemps prolongé, ne produit pas de malaise.

Essayées à l'Antiquaille sur six malades et pendant un mois, dans le service de M. Rollet, ces pilules, prises à la dose de huit à dix par jour, n'ont occasionné aucun malaise, pas de dérangement des voies digestives, pas de douleurs d'estomac, pas de constipation; l'appétit a été constamment bon, l'état des malades allait en s'améliorant. Nous nous sommes assurés, M. Rollet et moi, que les malades prenaient leurs pilules, en constatant à plusieurs reprises l'existence de l'iode dans leurs urines.

M. Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité, essaye ces pilules depuis trois semaines, dans son service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, et il obtient des résultats semblables à ceux de M. Rollet; plus tard il publiera ses observations.

Conclusions. 1° Le sirop d'iodure de fer de Dupasquier, préparé extemporanément, est la seule préparation qui, jusqu'à présent, mérite la confiance des médecins;

2° Les pilules employées jusqu'à ce jour n'ont pas l'innocuité et l'avantage qu'on s'est plu à leur donner, ce qui tient à leur altération anticipée;

3° Les pilules de beurre de cacao au proto-iodure ferreux, que je présente à la Société de médecine, réunissent tous les avantages qu'on a vainement cherchés, savoir :

1° Elimination de l'eau dans la préparation, ce qui met celle-ci

à l'abri de tous les inconvénients que présente la voie humide;

2° Solidité naturelle du médicament, obtention immédiate de la masse pilulaire et des pilules, et ensuite leur enrobement par une couche de gomme et de sucre;

3° Absence de l'état liquide, comme dans la préparation au moyen de l'huile d'amandes, l'état physique de ce menstrue étant un obstacle à son administration facile.

4° Dissolution du composé ferreux dans un corps gras, qui modifie, au point de les faire disparaître presque complétement, et la saveur amère et astringente, et l'action irritante du médicament sur les muqueuses des voies digestives;

Et enfin, comme conséquence des faits qui précèdent, facilité de pouvoir mâcher les pilules, sans éprouver de la répugnance, dans le cas où la déglutition en serait difficile.

Solution d'acide phénique contre la teigne et la gale.

D'après des recherches qui se poursuivent à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, et que M. J. Lemaire a communiquées à l'Académie des sciences, la solution suivante constituerait un moyen de traitement très-économique de la gale et de la teigne.

Pr. Acide phénique...............	1
Acide acétique à 8 degrés......	40
Eau........................	100

Pour la teigne, on applique une compresse imbibée de cette solution une fois par jour. Pour la gale, une seule lotion suffit pour tuer les acarus. L'acide acétique est ajouté à la préparation, pour faire pénétrer le médicament sous l'épiderme et jusqu'au fond des bulbes pileux.

L'acide phénique ou carbolique est un produit qu'on obtient par la distillation de la houille, et qui, par conséquent, n'a pas une grande valeur vénale; aussi l'auteur a-t-il songé aux applications hygiéniques que cet acide pourrait recevoir. Le plus important est la conservation des cadavres. M. Lemaire affirme que le cadavre d'un homme pourra être maintenu dans un excellent état de conservation pour moins de 50 centimes.

Des moyens de constater les principales altérations des urines.

M. Bouchardat termine un long travail sur l'uromètre par le rappel des notions qui doivent permettre de constater sûrement et facilement les principales altérations des urines. Ce tableau sera

inutile pour ceux des médecins qui ont l'habitude des opérations chimiques; pour le plus grand nombre de nos lecteurs, il pourra servir de *memento*, ce qui nous engage à reproduire cette partie de l'instruction que le professeur d'hygiène a publiée dans le Répertoire de pharmacie.

Chaleur. — Il est très-utile de faire chauffer les urines d'un malade, lorsqu'on y soupçonne l'existence de l'albumine, qui s'y rencontre bien plus souvent qu'on ne le croit généralement. Un peu avant la température de 100 degrés, l'urine se trouble, l'albumine se sépare sous forme de caillots ou de flocons.

Toute urine qui se trouble par la chaleur n'est pas nécessairement albumineuse; quelques urines alcalines laissent déposer, comme M. Rayer l'a dit, à la température de 100 degrés, des phosphates terreux, qu'avec un peu d'habitude on distingue facilement, quand ils sont déposés, des flocons albumineux.

J'ai remarqué que les urines de la seconde émission du matin, avant le repas, se troublent souvent par la chaleur; chez les personnes en santé, ces urines ont une réaction acide très-faible par l'ébullition, le phosphate de chaux devient insoluble et entraîne le mucus.

Les urines chargées de mucus moussent à l'ébullition et sont souvent projetées violemment hors du matras.

Pour faire bouillir les urines, j'emploie avec succès un petit matras d'essayeur chauffé à l'esprit-de-vin.

Acide nitrique. — En versant avec précaution de l'acide nitrique dans des urines albumineuses, elles se troublent immédiatement et laissent déposer bientôt des flocons albumineux. L'acide nitrique est un bon réactif pour l'albumine; il faut observer seulement que, lorsqu'on en verse un excès, il peut redissoudre le précipité formé. Le précipité produit par l'acide nitrique n'est pas nécessairement de l'albumine; les urines qui contiennent des urates en grande quantité précipitent par l'acide nitrique; mais on peut être sûr que des urines qui se troublent par la chaleur et qui précipitent par l'acide nitrique contiennent de l'albumine. Ces deux caractères réunis sont décisifs [1].

Tannin. — On prépare la dissolution de tannin en faisant dissoudre 10 grammes de tannin dans 200 grammes d'eau, et en ajoutant à la dissolution 10 grammes d'éther pour la conserver.

---

[1] Les urines qui renferment du pus ou du sang contiennent aussi de l'albumine; mais, dans ces cas, il faut laisser déposer l'urine et examiner le dépôt à l'aide du miscroscope.

La dissolution de tannin précipite des urines la gélatine et l'albumine modifiée, et d'autres substances organiques.

Il faut répéter souvent cette réaction chez le même malade, pour y attribuer de l'importance ; il y a longtemps que j'ai constaté que les urines précipitent abondamment par la dissolution de tannin, quand on a pris il y a peu de temps du bouillon riche en gélatine.

Chaux. — C'est un bon réactif pour reconnaître le sucre de diabète dans les urines ; je l'emploie depuis trente ans. Il suffit de faire bouillir dans un matras d'essayeur 50 grammes d'urine avec 2 grammes de chaux. Les urines prennent une couleur caramel d'autant plus foncée que l'urine contient plus de sucre. On reconnaît facilement ainsi 5 grammes de sucre de fécule dans 1 litre d'urine.

Il faut éteindre la chaux vive avec de l'eau, puis l'introduire dans un flacon bouchant exactement au liége.

Quand 50 grammes d'urine bouillie avec 2 grammes de chaux ne se colorent pas, on ajoute encore 2 grammes de chaux, et l'on porte à l'ébullition si elle ne se colore pas ; il ne reste plus qu'à s'assurer que la chaux est bonne.

Pour cela on verse dans le matras une demi-cuillerée à café de sirop de fécule. On porte à l'ébullition. L'urine doit alors se colorer d'une façon très-prononcée, et on est assuré que la chaux était bien calcinée en quantité suffisante, et que l'urine, avant l'addition du sucre de fécule, n'en contenait pas.

J'indique ces minutieuses précautions, parce que l'expérience m'en a fait reconnaître l'utilité (1).

Solution d'iodure de potassium iodurée. — On prépare cette solution en faisant dissoudre 1 partie d'iode, 1 partie d'iodure de potassium dans 50 parties d'eau. Quand on ajoute cette solution à une urine, il se forme des flocons d'une couleur marron, si les urines renferment du sulfate de quinine ou un autre alcali végétal administré dans un but thérapeutique. J'ai fait connaître ce réactif en 1832. Il a été employé depuis par un grand nombre de médecins.

(1) La potasse peut remplacer la chaux, mais elle colore à l'ébullition certaines urines normales. Le réactif cuivreux (*fromherz, felling*) est aussi trop sensible.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Corps étranger des fosses nasales. — Extraction. — Guérison.

Les exemples de corps étrangers accidentellement introduits dans les fosses nasales, ayant séjourné pendant longtemps dans ces cavités, ou bien y ayant déterminé des lésions de nature à compromettre gravement la santé des malades, sont fort rares. La collection tout entière du *Bulletin de Thérapeutique* n'en contient que deux. Je vais les résumer brièvement.

Le premier de ces faits a été observé par M. le docteur Deville. Ce médecin raconte qu'en faisant sur le cadavre d'un homme une coupe médiane de la tête, il trouva dans la fosse nasale gauche une balle de pistolet que la scie coupa en deux; la moitié externe fut perdue, la moitié interne n'était pas engagée dans l'épaisseur des os, et la cloison sur laquelle elle reposait était seulement un peu refoulée du côté opposé. Cette balle était solidement fixée par une substance blanchâtre, très-dure, comme crétacée. L'intégrité parfaite des parties voisines fait supposer que, par quelque bizarre fantaisie, cet homme s'était lui-même introduit cette balle dans le nez (t. XXXIX, p. 42).

Le second cas a été communiqué à la Société médicale de Poitiers, par M. le docteur Pingault. Le voici : une dame, âgée de quatre-vingts ans, se présenta à la consultation de M. Pingault, se plaignant depuis quelques mois d'une sensation de gêne dans le nez. A l'aide du spéculum, on apercevait au fond de la narine gauche une tumeur de couleur grisâtre, qui se déplaça au bout de quelques jours. M. Pingault la saisit alors à l'aide d'une pince, et, après des tractions assez fortes, il retira un corps dur dont l'extraction fut suivie de l'écoulement d'un peu de sang et d'une cuillerée d'un pus épais qui répandirent une odeur infecte. A dater de ce moment, la malade fut guérie.

A l'examen de ce corps, on reconnut que sa partie centrale logeait un noyau de cerise, et que tout le reste était une matière qui incrustait ce noyau; on la trouva composée de mucus desséché et de sels, parmi lesquels dominaient le carbonate de chaux et l'oxysulfure de calcium. Depuis combien de temps ce corps étranger avait-il été introduit dans la fosse nasale, c'est ce que la malade n'a pas pu préciser (t. XLIV, p. 85).

J'ai été à même, il y a quelque temps, d'observer un fait de ce genre; je vais le rapporter ici avec quelques détails.

Obs. Un jour du mois de décembre 1859, Mme P***, en rentrant chez elle, trouva sa servante cherchant avec une épingle à extraire du nez de son jeune enfant, alors âgé de deux ans, un morceau de liége que celui-ci s'était accidentellement introduit dans la fosse nasale droite. Redoutant des reproches, la domestique affirma être parvenue à attirer au dehors le corps étranger, et il n'en fut plus question.

Mme P*** avait complétement oublié cette circonstance, lorsque, trois mois après, elle s'aperçut que l'air, qui, à chaque expiration, sortait du nez de son enfant, avait une odeur infecte ; en même temps quelques gouttes de pus s'écoulaient de la narine droite, surtout au réveil. Justement alarmée et craignant que son enfant, dont le nez est naturellement un peu camard, ne devînt punais, elle consulta son médecin ordinaire, qui diagnostiqua un relâchement de la pituitaire, et conseilla des injections d'eau de feuilles de noyer et des insufflations d'alun. Ce traitement, régulièrement suivi pendant longtemps, n'amena aucun changement dans l'état du malade. Bien au contraire, la maladie fit de sensibles progrès ; l'haleine devint plus fétide, l'écoulement de pus plus abondant, l'enfant fut tourmenté par des éternuments répétés, la respiration par la narine droite devint sifflante, et peu à peu une légère tuméfaction se manifesta à la partie supérieure et externe de l'aile droite du nez.

Voyant que le traitement indiqué ci-dessus n'avait pas les résultats heureux qu'elle en avait attendus, Mme P*** se rendit à Bordeaux, accompagnée de son enfant, et consulta un médecin auquel elle raconta ce qui s'était passé un an auparavant, ajoutant que, dans son opinion, le morceau de bouchon n'avait pas été extrait, et que son séjour prolongé dans le nez de l'enfant était la cause unique des accidents que celui-ci avait éprouvés depuis lors. Comme son confrère de Souillac, le médecin bordelais contesta la possibilité d'un pareil fait, déclara, après examen, que le jeune malade était porteur d'un polype sur la nature duquel il ne s'expliqua pas, et proposa pour tout traitement des cautérisations répétées avec le crayon de nitrate d'argent.

Deux cautérisations, pratiquées à quinze jours d'intervalle, amenèrent dans l'état de l'enfant P*** des changements notables. L'haleine conserva toujours sa fétidité ordinaire ; mais le pus coula moins abondamment, la respiration cessa d'être sifflante, et les éternuments ne se produisirent plus que rarement.

Cependant Mme P***, extrêmement inquiète et toujours poursuivie par cette idée, que le polype en question n'était autre chose qu'un mor-

ceau de liége, me fit appeler pour avoir mon avis. Un premier examen, rendu fort difficile et très-superficiel par l'indocilité de l'enfant, me permit d'apercevoir à la partie postérieure et supérieure de la fosse nasale droite, et comme enchatonnée dans la muqueuse fortement hypérémiée, une tumeur légèrement proéminente, d'un blanc jaunâtre, ayant la dimension d'une petite lentille, et immédiatement située au-devant du cornet de Bertin : pas d'ulcérations apparentes de la pituitaire.

J'annonçai à Mme P*** que je ne pouvais porter un diagnostic précis à la simple inspection, mais qu'il n'était pas absolument impossible qu'un morceau de liége se fût logé dans une des anfractuosités des fosses nasales et y eût séjourné pendant aussi longtemps.

Je revins quelques jours après, accompagné de trois aides : j'assis l'enfant sur mes genoux, je le fis maintenir par deux des aides, tandis que le troisième renversait fortemement en arrière la tête du petit malade. Placé en plein midi devant une fenêtre, je dirigeai la tête de l'enfant de manière à ce que les rayons du soleil éclairassent la tumeur que j'essayai de saisir avec une pince très-fine; ma pince vint buter contre un corps rénitent, immobile, sur lequel elle glissait, et que, ne pouvant saisir, j'essayai de lacérer. L'enfant criait, se débattait avec rage, le sang sortait abondamment par la narine malade, et je dus bientôt renoncer à toute tentative d'extraction immédiate. Au milieu des caillots de sang, nous découvrîmes quelques petites parcelles d'un corps jaunâtre, qu'à l'aide d'une forte loupe nous reconnûmes être du liége. Dès lors il n'y eut plus de doutes : c'était bien au morceau de bouchon introduit *treize mois* auparavant que nous avions affaire. Je prescrivis un pédiluve sinapisé, des injections d'eau froide fréquemment renouvelées, et cinq jours après (23 janvier 1861), j'examinai de nouveau l'enfant.

Le corps étranger était bien toujours à la même place, mais l'écoulement abondant de sang qui avait eu lieu pendant les premières tentatives d'extraction avait ramené la pituitaire presqu'à son état normal. Cette membrane s'était affaissée, et le morceau de liége, saisi à l'aide d'une forte pince à disséquer, céda aux premières tractions que j'opérai sur lui ; il s'écoula un peu de sang après l'extraction, et tout fut dit.

A partir de ce moment, tous les phénomènes anormaux disparurent, et aujourd'hui l'enfant ne présente plus aucune trace des accidents qu'il a eu à supporter. La légère tuméfaction que j'ai signalée à la partie externe de l'aile du nez, au niveau du morceau de bouchon, s'est complétement effacée.

On se rendra compte des dimensions exactes du corps étranger, en se représentant un cube de liége du volume de la moitié d'un dé à jouer. La substance, maintenue dans une humidité constante par la sécrétion de la muqueuse nasale, et, bien que reposant très-probablement sur une surface ulcérée, n'avait subi aucune altération.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer, rendent, je le suppose, tout commentaire inutile. Je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que ce fait prouve une fois de plus avec quel soin scrupuleux il faut chercher à établir un diagnostic précis pour ne pas être conduit, par trop de précipitation ou par une confiance illimitée en soi-même, à instituer un traitement inutile parfois, presque toujours dangereux, et je me demande ce qui serait arrivé si, persistant dans une erreur, fort excusable du reste, notre confrère eût continué ses cautérisations périodiques? Dr A. Ferrier.

BIBLIOGRAPHIE.

Des maladies chroniques, pratique d'un médecin de province, ou Recherches et observations sur la gastrite et la gastro-entérite chroniques, les coliques gastro-intestinales, et la diarrhée chronique chez les enfants; la métrite chronique et la métrorrhagie, les névralgies lombaire, sacrée, du plexus brachial, faciale, du cuir chevelu, et cervicale, et le vertige nerveux, par M. F. Neucourt, D. M. P., chirurgien-adjoint des hôpitaux de Verdun, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc., etc.

« Lorsque vous m'avez fait l'honneur de me donner des conseils sur la conduite que doit suivre un médecin praticien, dit M. Neucourt, en dédiant son livre à M. Littré, vous m'avez fortement engagé à ne pas abandonner le travail de cabinet, qui entretient l'activité de l'esprit, et le rend incessamment docile aux nouvelles instructions; puis vous ajoutiez: La nécessité de recueillir les faits et de les rédiger, de les élaborer, donne au jugement plus de fermeté et assure la pratique quotidienne par la réflexion; un pareil travail oblige à lire, et la lecture est un complément indispensable à l'expérience personnelle. » Ces conseils de l'homme éminent sous le patronage duquel M. Neucourt s'est plû à placer l'ouvrage qu'il vient de publier, quelque brefs qu'ils soient, n'en méritent pas moins d'être rappelés à tous; si les médecins, en effet, veulent que leur profession reste une profession libérale, s'ils ont quelque souci de l'avenir de la science, de la plus belle science, puisqu'elle n'est

que la charité appliquée, ils ne doivent pas s'endormir dans l'ornière de la routine; ils doivent incessamment travailler non-seulement pour féconder par la réflexion leur personnelle observation, mais encore pour s'assimiler toutes les conquêtes de la science, à mesure qu'elles se produisent. Telle a été la ligne de conduite du médecin distingué de Verdun : n'eût-il que peu ajouté aux données de la science sur les diverses questions qu'il a traitées, rien que l'effort mérite d'être hautement applaudi.

La première question que traite l'auteur est relative à la gastrite chronique : nous regrettons tout d'abord de ne pouvoir partager les idées qu'il exprime sur ce point. Dans son opinion, la gastrite chronique primitive, car c'est de celle-là seule qu'il parle, est assez commune, et une foule d'auteurs, Chomel, Barras, et il pourrait dire presque tous les contemporains, méconnaissent souvent la gastrite chronique, et, analysant mal les phénomènes par lesquels celle-ci se traduit à l'observation, ils en font une simple névrose, avec ou sans altération des actes de chimie vivante qui s'accomplissent dans le principal organe de la digestion. Nous craignons, à méditer la symptomatologie de la gastrite chronique, telle que la comprend M. Neucourt, qu'il n'ait pas toujours très-bien distingué cette maladie topique des troubles simplement dyspeptiques qui en sont essentiellement différents. C'est ainsi, par exemple, que, quand avec des troubles variés du côté de l'estomac, la langue reste normale, la circulation ne s'émeute point, et que les malades conservent leur embonpoint, on peut presque affirmer qu'il n'y a là rien de plus qu'un simple trouble fonctionnel idiopathique, le plus souvent symptomatique d'un état général qu'il s'agit de déterminer. Assurément M. Neucourt sait ces choses ; mais nous craignons que sa rédaction, confuse sur ce point, à force de vouloir être précise, plus précise que la nature peut-être, si nous pouvons ainsi dire, n'ait quelque peu embrouillé le tableau du diagnostic différentiel qu'il s'agissait de tracer.

Les craintes que nous émettons à propos de la justesse du diagnostic dont nous venons de parler disparaissent devant un autre tableau symptomatologique, devant d'autres observations, tableau et observations qui sont relatifs à l'entérite, à la diarrhée chroniques. Ici l'auteur nous paraît avoir vu mieux les choses, et avoir tracé l'histoire de ces maladies d'un trait plus ferme. Nous ferons seulement une remarque relativement à la faiblesse qui suit souvent chez les très-jeunes enfants une application de sangsues donnant lieu à une assez abondante perte de sang : l'auteur ne

nous paraît pas assez s'en préoccuper; et bien que, comme il le dit, les signes de dépression qui suivent immédiatement ces pertes de sang en de telles conditions s'atténuent le lendemain ou les jours suivants, nous croyons que souvent cette réaction n'est qu'apparente, et que toujours l'atteinte qu'en reçoit l'économie persiste; que par conséquent ce n'est que sous l'empire d'une indication urgente qu'il faut recourir chez les enfants en bas âge, à une émission sanguine abondante, ou, véritable hémorrhagie provoquée.

Comme l'auteur ne s'est soumis à aucun ordre méthodique pour exposer les résultats de son observation, nous ferons comme lui, dans ce compte rendu sommaire de son livre, et appellerons surtout l'attention des lecteurs du *Bulletin de thérapeutique* sur les questions qui nous paraissent le mieux traitées. La question des métrorrhagies n'est pas là sans doute traitée d'une manière complète, et ce n'était pas d'ailleurs le but que se proposait expressément M. Neucourt; mais on trouve dans cette histoire abrégée d'une forme morbide, quelquefois si grave, les données les plus saines de la thérapeutique. Nous ne relèverons qu'une tache dans cette petite monographie : L'auteur regarde la méthode évacuante (purgatifs) comme souverainement efficace dans un certain nombre de métrorrhagies : nous le croyons comme lui, mais nous aurions désiré que ce résultat d'une expérience authentique, il eût essayé au moins de le rationnaliser autant qu'on le peut dans l'état actuel de la science. M. Neucourt ne croit pas plus que nous que la méthode évacuante soit une méthode générale applicable à l'hémorrhagie utérine : ce qui peut rendre cette méthode efficace dans cette maladie, ce sont certaines conditions coexistantes qui la gouvernent, qui la commandent; et ces conditions, il fallait s'appliquer à les faire connaître, sans quoi ce qu'on dit à cet égard devient un pur empirisme, dont une saine pratique ne saurait s'inspirer.

Nous recommandons surtout à l'attention des praticiens les articles de cet ouvrage qui ont trait aux névralgies faciale, cervicale, lombaire, sacrée, et du plexus cervical. Là partout l'auteur est moins entré dans l'histoire générale de ces maladies, qu'il n'a dit simplement et avec une loyauté qui l'honore ses succès et ses revers thérapeutiques après les médications diverses auxquelles il a eu le plus souvent recours. Il y a là un enseignement d'expérience personnelle dont les leçons peuvent profiter à tous. M. Neucourt a eu recours fréquemment, comme tout le monde, dans les névralgies, aux médications topiques, mais il est loin de les croire infaillibles; et il

a raison, il a raison surtout quand il s'agit de ces névralgies faciales fulgurantes, que M. Trousseau, pour en bien marquer le caractère, a appelées épileptiformes. « Dans un certain nombre de cas, dit-il spirituellement quelque part, ces médications m'ont produit des guérisons solides et rapides; mais, dans le cas même où elles sont suivies de la cessation de toute douleur, il ne faut pas s'empresser de proclamer le succès. On y est tout disposé dans les hôpitaux, où, les douleurs une fois passées, le malade sort et ne revient que rarement; mais dans la pratique civile où, pendant des années et des années, on est appelé à donner des soins à la même personne, cela ne se passe pas ainsi. J'ai des malades que j'ai guéris dix fois d'une névralgie faciale..... qu'ils ont encore.» Tout cela est fort juste, et chacun de nous a dans ses souvenirs ou dans ses cartons des fautes semblables. L'auteur insiste avec raison sur les névralgies périodiques, où le sulfate de quinine déploie quelquefois une efficacité aussi grande que dans l'empaludisme le plus accentué. Toutes les fois que le médecin se trouve en face d'une névralgie, de la névralgie faciale surtout, qu'il ne manque pas de saisir cet élément morbide, s'il s'y trouve; car en l'attaquant directement, il réussira souvent à guérir, quand jusque-là, en suivant une tout autre voie, il avait échoué.

Enfin, le savant médecin de Verdun termine son ouvrage par une courte et intéressante monographie du vertige nerveux. C'est là un état morbide du système nerveux, soit qu'il existe comme phénomène idiopathique, soit comme phénomène secondaire, qui est souvent méconnu dans sa nature et sa nouvelle signification séméiologique. Je n'oserais dire, après avoir lu attentivement ce travail, que l'auteur ait dissipé sur cette question délicate toutes les obscurités qui s'y rencontrent, mais il a au moins essayé de faire la lumière sur cette question. Nous avons été étonné de voir M. Neucourt assimiler en quelque sorte, en les comprenant dans un même tableau, le vertige nerveux et le vertige épileptique : il y a l'infini entre ces deux phénomènes, qui n'ont entre eux que le rapport d'une appellation vicieuse. Cette monographie, nous le répétons, ne manque ni d'intérêt, ni d'originalité; mais on y voudrait, comme, du reste, dans tout l'ouvrage, un peu plus d'ordre, un peu plus de méthode. On se plaint que les médecins ne lisent pas, ou au moins ne consacrent point à l'étude méditée un temps suffisant pour appliquer aux malades la science avec son efficace réel; le tort n'en est-il pas un peu aux écrivains dont les ouvrages diffus ne présentent la vérité qu'ils contiennent que comme en un nuage obscur, ou comme une

nébuleuse qui se perd dans la multiplicité même des faits dont le but est de la mettre en lumière ?

BULLETIN DES HOPITAUX.

Calcul biliaire sorti a travers les parois abdominales. — Guérison de la malade. — M. Guyon, inspecteur du service de santé des armées, vient de communiquer à l'Académie des sciences le fait suivant.

Le sujet de cette intéressante observation est une dame d'Alger, Mme veuve Sardou, âgée de soixante-trois à soixante-quatre ans, femme d'un caractère calme et d'habitudes sédentaires.

Cette dame portait, dans la région du foie, une sorte d'empâtement qui s'augmentait chaque jour davantage, sans autres phénomènes généraux que des mouvements fébriles se produisant par accès, et ordinairement le soir. Ces accès n'avaient rien de régulier dans leur retour ; ils coïncidaient toujours avec un accroissement dans le malaise habituel de la partie tuméfiée, malaise alors porté jusqu'à un sentiment plus ou moins douloureux.

Le médecin appelé par la malade ne se méprend pas sur la nature des accidents offerts à son observation ; seulement, au lieu d'une tumeur de la vésicule du foie, il croit avoir affaire à une tumeur de l'organe lui-même ; et pour en accélérer l'ouverture, il applique un morceau de potasse sur son point culminant. Il en résulte une escarre qui, à sa chute, laisse échapper une petite quantité d'un liquide séreux, verdâtre.

La malade souffrait à peine ; elle ne se plaignait guère, dans l'intervalle des accès ou mouvements fébriles, que de la gêne ou malaise produit par le volume de la tumeur, volume d'ailleurs peu considérable. Aimant beaucoup les travaux à l'aiguille, la malade s'y livrait sans ménagement, bien que, pour les exécuter, il lui fallût courber plus ou moins l'abdomen, ce qui l'exposait ainsi à rompre des adhérences ou déjà formées, ou encore en formation, entre la vésicule biliaire et les parois abdominales.

Lorsque je vis la malade pour la première fois, la région hépatique était fort dure dans tout le pourtour de la plaie, mais surtout dans son pourtour supérieur. Celle-ci apparaissait au fond et au milieu d'une sorte d'entonnoir formé par la peau renversée de dehors en dedans, et consistait en une ouverture qui aurait à peine admis la tête d'une épingle ordinaire ; il en suintait, de loin en loin, un liquide séreux et à peine coloré.

Derrière et en haut de cette ouverture, et à travers les parois abdominales, le doigt touchait un corps de la grosseur d'une noisette et de la dureté de la pierre ; on eût dit un petit caillou. Ce corps, quelques jours après, s'engagea dans l'ouverture et on put le toucher à nu. L'engagement s'opérait de plus en plus, lorsqu'un

our, la malade prenant un bain, où elle venait de changer de position, entend un bruit comme métallique au fond de la baignoire; en y cherchant, avec la main, ce qui avait pu donner lieu au bruit, la malade saisit un corps triangulaire qui était le calcul que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie. Sa plus grande circonférence est de 6 centimètres, et sa plus petite de 4 1/2. Sa forme devait faire penser qu'il ne serait pas le seul auquel la plaie donnerait passage, qu'il serait, au contraire, suivi de plusieurs autres, les calculs triangulaires étant ordinairement multiples; il n'en fut rien, ce qui, bien entendu, ne veut pas dire qu'il n'en restait pas d'autres dans la vésicule. Mais toujours est-il qu'un mois après la sortie du calcul, le 13 septembre, la plaie était entièrement cicatrisée et sans rien offrir de dur dans sa profondeur.

A partir de l'expulsion du corps étranger, le malaise de la partie diminua de jour en jour; aucun mouvement fébrile ne se fit plus sentir, et l'état général, qui n'avait jamais été sérieusement altéré, se consolida de plus en plus.

Sans doute, je pourrais me dispenser de faire remarquer que le foie, dans toute la circonférence de la plaie, avait contracté des adhérences qu'indiquait la dureté des parois abdominales correspondantes.

A la date précitée, 13 septembre, j'ai perdu de vue la malade; elle partait ce jour-là pour Bône, où habite une partie de sa famille. Tout récemment, j'ai demandé de ses nouvelles, afin de pouvoir compléter l'observation dont elle est l'objet.

Les auteurs, comme on sait, admettent quatre classes ou sortes de calculs biliaires (Biet et Cadet de Gassicourt, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. III, p. 461); celui qui fait le sujet de ma communication appartient à la deuxième classe, constituée par des calculs *de forme polygone, d'un brun grisâtre, et composés, en partie, d'adipocire et d'une matière brune considérée comme de la bile épaissie*.

Les faits analogues à celui que je viens de rapporter se représentent, de temps à autre, à l'observation; Antoine Petit, pour sa part, en rapporte une douzaine, observés tant par lui que par plusieurs de ses confrères. Ce sont des tumeurs ouvertes naturellement comme celle d'Alger, mais dont quatre seulement avec issue de calculs. Un de ces calculs avait la grosseur d'un œuf de pigeon, un autre ne mesurait pas moins de quatre pouces de longueur sur trois de circonférence.

Je dois faire remarquer que les deux derniers calculs n'avaient peut-être pas acquis tout leur développement dans la vésicule; il ne saurait même y avoir de doute à cet égard pour le dernier. Et, en effet, le chirurgien à qui nous en devons la connaissance, et

qui se nommait Sarau, ce chirurgien dit qu'en sondant la plaie ou fistule, pour faire cesser les accidents toujours produits par son occlusion, sa sonde rencontra le corps étranger sur les muscles. Sans doute, je pourrais me dispenser de dire que, dans ce cas, la bile, avant d'arriver aux téguments, avait plus ou moins séjourné dans le tissu cellulaire sous-jacent, où elle avait formé des clapiers, ainsi que fait l'urine en pareille circonstance, dans les ruptures de l'urètre, et que c'est dans un de ces clapiers que s'était accru le calcul dont il est question.

La malade qui fait le sujet de cette dernière observation était une femme de soixante-quatorze ans, de Belle-Garde, en Gâtinais; elle portait un second calcul auquel la sonde conduisit également, mais par un autre trajet fistuleux que celui qui avait conduit au premier. On en fit l'extraction, comme de l'autre, à l'aide d'une incision. L'observation ne dit pas quelles en étaient les dimensions (1).

Depuis A. Petit, et dans ces tout derniers temps, des fistules biliaires, avec ou sans sortie de calculs, ont été signalées encore par MM. Guilbert, Andral, Bonnet, Marjolin, Gerdy et Lespine. Notre savant confrère, M. Jobert de Lamballe, m'en lisait tout récemment un cas bien remarquable. Mais ce n'est pas ici le lieu de faire l'historique de ces sortes d'affections. J'ajoute seulement que le cas offert par la dame d'Alger est surtout remarquable par le peu d'accidents développés par le parcours du corps étranger, et qu'il témoigne une fois de plus que les femmes sont plus sujettes que les hommes aux tumeurs ou fistules de la vésicule biliaire.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amputation *simultanée des deux jambes et du bras.* Des divers cas d'amputations multiples consignés dans la science, il n'en est pas dans lesquels l'action traumatique se soit exercée sur de plus nombreux segments du corps que dans le fait suivant. Un jeune homme âgé de dix-sept ans, occupé à diriger le timon d'un char pesamment chargé de marbre de Carrare et attelé de plusieurs paires de bœufs, fut renversé par le véhicule lancé avec violence, parce que la mécanique destinée à serrer les roues de derrière avait cessé d'agir convenablement, et les roues lui passant sur les tiers moyens des deux jambes et du bras droit, y produisirent des fractures accompagnées de déchirements affreux des chairs. Transporté à l'hô-

(1) Remarques sur les tumeurs formées par la bile retenue dans la vésicule du fiel, et qu'on a souvent prises pour des abcès du foie, par M. Petit, insérées dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, p. 155 et suivantes. Paris, 1743.

pital de Carrare, il fut amputé par M. le docteur Tanderini sur les trois points désignés, sous l'influence soutenue du chloroforme, et les trois opérations avec les pansements consécutifs ne durèrent qu'une heure et quelques minutes : la réaction inflammatoire fut modérée, et la réunion par seconde intention fut si rapide, qu'au bout de trente jours, le malade put être renvoyé dans son village. (*Giorn. della R. Accad. di med.* et *l'Echo médical*, nº 8, 1861.)

Citrouille (*Nouveaux faits à l'appui de l'efficacité des semences de*) *contre le ténia*. L'emploi des semences de citrouille dans le traitement du ténia, beaucoup plus ancien qu'on ne le pense, puisqu'on le trouve mentionné dans une publication qui remonte à près de deux siècles (Lumbricus latus, a discourse on the jointed worm, par Edw. Tyson, in *Philosoph. Transact.*, 1683), l'emploi de ce remède, disons-nous, malgré des faits déjà assez nombreux, qui témoignent de son utilité, n'est pas encore entré dans la pratique courante. Il importe donc, par de nouveaux exemples, d'inciter à essayer d'un moyen qui, s'il est reconnu efficace, serait d'autant plus précieux, que d'un côté il est tout à fait sous notre main, et que, d'autre part, il a réussi dans des cas où les médicaments les plus accrédités avaient complétement échoué.

Ayant lu dans la Gazette de l'Algérie qu'un de nos confrères de l'armée, le Docteur Tarneau atteint de ténia, après avoir vainement employé toutes les médications habituellement mises en usage contre cet helminthe, s'en était radicalement guéri à l'aide d'une émulsion de semences du *cucurbita pepo*, M. le docteur Rigaud résolut de recourir à ce moyen chez une de ses clientes qui se trouvait dans le même cas, c'est-à-dire, qui avait également épuisé sans résultat toute la série des médicaments ténifuges.

La malade, âgée de trente-quatre ans, brune, forte et robuste, ayant toujours joui d'une bonne santé antérieurement, présentait les symptômes suivants : haleine fétide, évacuations fréquentes, abdomen tantôt distendu, tantôt paraissant d'un volume moindre qu'à l'état normal; perversion de l'appétit; dyspepsie constante; alternatives de constipation et de diarrhée; douleurs vagues dans le ventre; sensation de piqûre à l'épigastre; dilatation fréquente des pupilles et trouble de la vision; prurit vulvaire; amaigrissement considérable; teint pâle et jaune; faiblesse extrême; tristesse, éloignement pour toute espèce de mouvement et même de distraction. Ces symptômes dont le début remontait à deux ans, s'étaient encore accrus depuis quatorze mois, et, ainsi que nous l'avons dit plus haut, aucun des remèdes connus, rationnellement employés, n'avait réussi à procurer la guérison. C'est au mois d'août dernier que notre confrère se résolut à tenter l'emploi des semences de citrouille, suivant les indications données par le docteur Tarneau. La veille, diète sévère et administration de 40 grammes d'huile de ricin; le lendemain, 40 grammes de semences de citrouille mondées de leur pellicule, pilées dans un mortier avec quantité suffisante de sucre; sur cette pâte la valeur d'une tasse de lait, et le tout avalé par la malade; deux heures après, 40 grammes d'huile de ricin. Il n'y eut d'abord aucun effet; mais huit jours après avoir pris cette émulsion, la malade rendit sans douleur, sans colique, une espèce de peloton de la grosseur d'un petit œuf, qui, déroulé avec précaution, se terminait par une extrémité presque filiforme sur laquelle la loupe fit découvrir le *scolex* et ses crochets. Depuis, la cliente de M. Rigaud a vu disparaître tous les symptômes qui l'avaient si longtemps tourmentée et lui avaient presque fait prendre la vie en dégoût; elle a repris l'appétit, et recouvré sa santé et son embonpoint antérieurs. (*Compte rendu de la Société de médecine de Paris*, mai 1861.)

Entropion. *Cure radicale sans opération sanglante.* On connaît la multitude de procédés opératoires imaginés pour remédier à l'entropion, et qui peuvent tous être ramenés à deux méthodes principales : l'excision et la cautérisation. Il est en dehors de ces deux méthodes un autre procédé que M. le docteur Goyraud a formulé dans ce journal (t. XLIII, p. 77); les résultats que M. le docteur Bonnafont en a obtenus, montrent qu'il ne mérite pas l'oubli dans lequel il est tombé. Ce procédé consiste à remplacer l'excision du repli cutané par la compression, ou mieux par l'écrasement graduel de sa base, à l'aide d'une serre-fine dont les bords, ayant subi une modification spéciale, compriment également le bord du repli cutané, et donnent ainsi pour résultat une cicatrice linéaire à peine sensible. Cette compression,

dont la force et la durée sont en raison de l'âge du sujet et de la densité présumée des tissus, doit être permanente et de trois jours environ. La forme de la serre-fine, sa position et la direction horizontale de ses mors, qui affectent celle du bord palpébral, remplissent très-bien ces indications, sans trop de gêne, ni de douleur pour le malade.

M. Bonnafont a eu l'occasion d'appliquer trois fois ce procédé, qui lui a réussi chaque fois. Voici la relation abrégée de l'une de ces trois opérations, qui suffira pour donner une idée du procédé et de la manière d'agir.

Un homme de cinquante ans environ, a la suite d'une conjonctivite chronique de l'œil gauche qui avait résisté à plusieurs traitements, présentait un enroulement en dedans très-prononcé de la paupière inférieure gauche ayant entraîné tout le cartilage tarse, ainsi que les cils, lesquels so laissaient voir contre la conjonctive oculaire, qu'ils irritaient sans cesse; d'où le besoin de porter constamment sa main à l'œil. On lui avait plusieurs fois proposé de l'opérer, mais sa pusillanimité l'avait fait reculer devant une opération sanglante, si légère qu'elle fût. M. Bonnafont, consulté à son tour pour savoir s'il ne pourrait pas le guérir sans l'emploi de l'instrument tranchant, songea à la possibilité d'obtenir la guérison par la compression permanente, au moyen d'une serre-fine, modifiée de manière à remplacer ses pinces par deux branches horizontales légèrement recourbées à plat, longues de 1 centimètre 1/2 et se juxtaposant parfaitement dans tout leur parcours. Il fit préparer à cet effet, par M. Mathieu, trois serres-fines de dimensions différentes, et il procéda à l'opération de la manière suivante : après avoir fait à la peau un pli suffisant pour ramener au dehors tout le bord palpébral, ainsi que le cartilage tarse avec tous les cils, il fixa ce repli cutané à l'aide de deux pinces, qu'il confia à un aide ; puis, saisissant la serre-fine, il en écarta les deux mors et les fit glisser à la base du repli. Lâchant ensuite l'instrument, la peau resta pincée, sans aucun retrait, au point convenu, et la paupière rétablie dans sa condition normale ; cette compression fut peu douloureuse, et le malade se décida à garder l'instrument en place sans y toucher et sans rien mettre sur son œil. L'instrument fut bien supporté jusqu'au lendemain; alors le repli de la peau était rouge et légèrement tuméfié ; l'œil, quoique le malade n'eût cessé de se promener à l'air extérieur, avait perdu la moitié de sa rougeur et quasi toute la douleur. Le deuxième jour, la douleur étant un peu plus forte, ce qui tenait à ce que la branche supérieure de la pince avait commencé à entamer la peau, l'instrument fut aussitôt remplacé par un autre à compression plus faible. Le cinquième jour, la compression ayant paru suffisante, pour avoir opéré l'adhésion de la peau dans la partie comprise entre les mors de l'instrument, ce dernier fut enlevé. L'œil était presque guéri. Le huitième jour, le repli cutané, qui était rouge et gonflé, commençait à se flétrir et à reprendre la couleur normale de la peau. Le vingtième jour, la guérison était complète. Le repli ne formait plus qu'une légère saillie, qui se perdait au milieu des plis transversaux de la peau.

M. Bonnafont pense qu'il serait facile et peut-être avantageux d'apporter à ce procédé une nouvelle modification qui le rendrait plus expéditif : ce serait, après avoir placé la serre-fine, d'exciser avec un bistouri à lame étroite tout le repli cutané qui dépasse les mors compresseurs; la base du repli étant comprimée et étranglée par l'instrument, on n'aurait à redouter ni la douleur, ni même aucun écoulement sanguin, et la réunion des bords, maintenus dans un contact si immédiat, que moins de deux jours suffiraient à leur adhésion. Ce serait une simplification du procédé de M. Velpeau qui consiste à étrangler le repli cutané avec des points de suture, avant d'en faire l'excision. (*Union méd.*, avril 1861.)

Fistule *du conduit de Sténon, Nouveau cas de guérison au moyen du collodion.* A la suite d'une tumeur suppurée de la joue gauche, un homme avait une ouverture correspondante à la deuxième molaire supérieure, qui était saine. M. Lamprecht, voyant de la salive mêlée au pus, introduisit par l'orifice normal du conduit de Sténon une soude de Méjean, qu'il put faire sortir par l'ouverture anormale, et constata ainsi l'existence d'une fistule. La cautérisation avec le nitrate d'argent, aidée de la compression, n'ayant point suffi à obtenir la guérison, M. Lamprecht résolut de s'en tenir à l'emploi du collodion. Soir et matin il en appliqua une couche sur l'ouverture externe ; ce qui non-seulement couvrait cet

orifice d'une pellicule inorganique imperméable, mais encore produisait le froncement de la peau voisine, et par suite le rapprochement des bords de la solution de continuité.

L'amélioration fut progressive et tellement rapide que, au bout d'un mois, la guérison était complète. (*Gaz. med. italiana, provincie Venete.* et *Gaz. méd. de Lyon,* mai 1861.)

Hernies étranglées. *Manière de les débrider sans craindre d'hémorrhagie.* Le procédé préconisé par M. Amédée Joux (de la Ferté-Gaucher), consiste essentiellement à déchirer au lieu d'inciser les tissus qui produisent l'étranglement. L'auteur reconnaît que cette manière de faire n'est pas nouvelle, mais il pense qu'elle n'est pas assez généralement suivie et qu'elle est applicable à toutes les hernies. Quant à lui, il en a obtenu de brillants succès dans une pratique de vingt années; il résume son travail par les conclusions suivantes :

1° Les opérations de hernies étranglées n'ont pas la gravité que les ouvrages classiques indiquent, et pour éviter les dangers qui y sont si longuement signalés, il faut opérer promptement et ne pas fatiguer les parties herniées par un taxis trop souvent inutile et toujours dangereux.

2° Excepté l'incision de la peau, que l'on pratique avec le bistouri, tout le reste doit se faire avec la sonde cannelée, le petit bout de la spatule, ou de toute autre manière, mais toujours par dilacération ou à peu près.

3° Quant au débridement, pour éviter toute cause d'hémorrhagie, et pour ne plus craindre l'inconvénient du bistouri boutonné, dont l'action va très-souvent plus loin que l'on ne veut, il convient dans tous les cas, après avoir introduit le bout du doigt dans la partie étranglante, d'y porter la petite extrémité de la spatule, en s'en servant comme d'un levier, les dentelures étant sous l'étranglement, le point d'appui sur le doigt qui y est engagé, et la puissance sur le bout large de l'instrument; on fait des pesées dans les endroits les plus serrés, et au bout de quelques instants on a la satisfaction d'avoir assez de place pour procéder à la réduction, quand elle ne se fait pas d'elle-même, le tout sans qu'il s'écoule jamais une seule goutte de sang.

Les pansements et les soins subséquents comme à l'ordinaire. (*Journ. des Conn. médic.,* mars 1861.)

Miel (*Du*) *comme abortif de la sécrétion du lait.* Des divers moyens recommandés dans ce but, l'auteur, tout en ayant eu à se louer de l'extrait de belladone et des feuilles de *rhamnus alaternus*, n'a rien trouvé de mieux que des applications de miel sur les seins, moyen qu'il a éprouvé un grand nombre de fois. (*La Liguria med.* et *l'Echo méd.*, n° 8, 1861.)

Otite aiguë (*Formule contre l'*) *à son début.* Bien des moyens ont déjà été indiqués pour combattre cette affection. Dans notre enfance, et depuis, dit M. le docteur Duval, nous avons eu quelquefois à lutter contre les douleurs intenses qu'elle occasionne. Tout récemment encore nous en étions vivement tourmenté, lorsque, après avoir vainement essayé tous les moyens préconisés en pareille circonstance, l'idée nous vint d'employer le mélange suivant:

Laudanum de Sydenham. } ãã 1 gramm.
Chloroforme............ }

Cette médication nous réussit à merveille.

L'application consiste à tremper dans le mélange un bourdonnet d'ouate ou de coton que l'on pressure un peu avant de l'introduire dans le conduit auditif; par-dessus on ajoute un autre bourdonnet de charpie sèche.

La première sensation que ce topique cause est un sentiment de froid, analogue à celui que produirait un morceau de glace; il s'ensuit un engourdissement du mal, puis une douleur vague, à peine sensible, que suit un sommeil réparateur.

Nous pensons être utile à nos confrères, en leur indiquant un moyen aussi efficace que simple de faire cesser des souffrances, quelquefois atroces. (*La Médecine contemporaine,* mars 1861.)

Paralysie *temporaire du muscle ciliaire.* M. Lawson rapporte quatre cas de cette paralysie qui se caractérise par l'impossibilité de voir distinctement les objets rapprochés. L'œil ne perçoit alors que les objets qui sont situés assez loin pour que les rayons parallèles qui en proviennent forment un foyer sur la rétine, sans qu'il y ait nécessité d'un effort pour les concentrer.

Quant à la cause anatomique de ce trouble visuel, elle lui paraît résider dans la paralysie du muscle ciliaire, paralysie survenant dans ce muscle, à la suite de maladies plus ou moins

graves, comme il en survient dans ceux de la jambe, lesquelles produisent les diverses formes de pieds-bots. Cette paralysie, d'ailleurs, est partielle ou complète, temporaire ou permanente.

Les quatre faits observés par M. Lawson sont relatifs à un jeune homme et trois enfants, lesquels, à la suite de dyssenterie et de fièvres éruptives qui avaient profondément altéré leur santé, remarquèrent le trouble de la vue dont il est ici question. L'usage de verres légèrement convexes, non-seulement remédia immédiatement à cette défectuosité, mais encore contribua à en opérer la guérison radicale, pour laquelle les médications adressées à l'ensemble de l'organisme durent également être employées.

On remarquera sans doute la similitude qui existe, pour l'étiologie, entre cette indisposition et la presbytie qui résulte de l'affaiblissement produit soit par l'âge, soit, ce qui revient au même, par l'exercice excessif de la vue. (*The Lancet*, et *Gaz. méd. de Lyon*, mai 1861.)

VARIÉTÉS.

Pharyngoscope.

Le pharyngoscope, que M. Moura-Bourouillou vient de présenter à l'Académie, se compose de deux parties essentielles :

1° Un *miroir plan ou concave* AB, elliptique ou rond, percé à son centre d'une ouverture de 3 à 5 centimètres de diamètre. Ses dimensions, comprises ordinairement entre 10 et 20 centimètres, peuvent varier comme sa forme. Une courte tige-mortaise ou à charnon plein ou échancré est soudée sur un point quelconque de la circonférence de la monture si le miroir est rond, ou à l'une de ses extrémités s'il est elliptique.

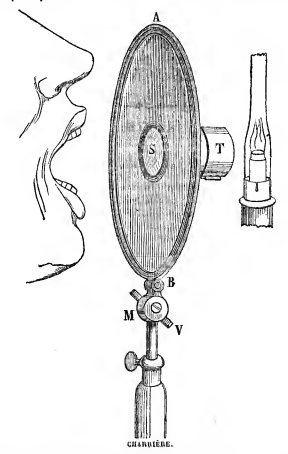
2° Une *lentille biconvexe ou loupe*, à court foyer, est maintenue dans un tube T qui s'emboîte à frottement avec celui de la monture du miroir. Elle est formée d'une seule pièce ou de deux, pleine ou creuse, c'est-à-dire vide, et susceptible par conséquent de contenir un liquide transparent ou réfringent, incolore ou diversement coloré (eau, alcool, solutions acides, salines, etc.), et de constituer une lentille fluide ou verre ardent. Cette lentille est destinée à concentrer les rayons lumineux de la flamme d'une bougie ou d'une lampe, à les faire passer par l'ouverture S et à les diriger en faisceau dans la bouche de celui qui se regarde dans le miroir, ou sur une autre partie du corps visible dans le miroir.

3° Une troisième partie accessoire est un pied ordinaire à tige mobile, ou ce que l'auteur appelle le *porte-pharyngoscope*, M.

Le *porte-pharyngoscope*, appelé aussi *porte-loupe* lorsqu'on emploie la lentille L séparément, comprend une pince, un levier articulé et un tube à mortaise, destinés à maintenir le porte-loupe fixé sur la lampe, et à lui faire exécuter toute sorte de mouvements et prendre toute espèce de positions autour de la flamme.

Le premier usage de cet instrument consiste dans l'éclairage du fond de la bouche. En concentrant la lumière sur le pharynx, les amygdales, le voile du palais, etc., il permet au médecin et au malade lui-même de voir dans quel état se trouvent ces organes et de leur appliquer, directement s'il y a lieu, un traitement opportun. D'un autre côté, le pharyngoscope éclaire le miroir laryngien placé au-devant du voile du palais, et l'image du laryngoscope est aperçue directement par le médecin sur son malade, et par celui-ci dans le pharyn-

goscope. Enfin cet instrument, par le moyen de sa lentille, peut aussi concentrer les rayons lumineux sur le réflecteur de M. Czermak, placé au-devant du front ou des yeux du médecin, et ce dernier dirige la lumière sur le laryngoscope comme par le passé.



En éclairant le pharynx, cet instrument éclaire aussi vivement toutes les diverses parties de la bouche, et en particulier les dents.

Le médecin qui veut examiner les dents, la bouche, le larynx de ses malades, doit en général se servir de la lentille séparée du miroir. La tige Z lui permet de la fixer sur le porte-pharyngoscope ou sur le pied ordinaire de l'instrument. Un porte-écran, dans lequel on fixe une carte ou un carré de papier blanc, met les yeux à l'abri de la lumière. La lentille doit être à environ 10 ou 12 centimètres de la flamme de la lampe (qu'il faut placer entre le malade et le médecin). En regardant à droite ou à gauche de la lentille, l'observateur dirige lui-même l'éclairage à son gré, sur les dents, sur le pharynx, et par conséquent sur le laryngoscope.

Cet examen peut se faire aussi sans séparer la lentille du miroir pharyngoscopique. Le grand diamètre de ce dernier est alors dirigé verticalement. On regarde à droite, à gauche, et même au-dessus de l'instrument pendant qu'on dirige l'éclairage sur le pharynx, sur les dents du patient. De son côté, ce dernier s'observe dans le miroir, et voit ce qui se passe dans sa bouche.

Au lieu de mettre la lampe entre le malade et l'observateur, celui-ci peut la placer derrière lui, à sa droite ou à sa gauche, selon qu'il le juge à propos. Mais alors la lentille doit être à une plus grande distance de la flamme que tout à l'heure, et l'éclairage est moins intense.

Enfin, cet examen peut également se faire avec la lumière solaire. Dans ce cas, la lentille devient inutile, et le miroir pharyngoscopique est seul nécessaire. La lumière solaire passe par l'ouverture du miroir, et elle va éclairer la bouche du malade placé en face du soleil. Le médecin tourne le dos au soleil, et regarde à droite, à gauche, au-dessus ou au-dessous du miroir. Les yeux du malade sont garantis contre les rayons solaires par la surface du miroir lui-même.

Ceux qui veulent éclairer le malade avec le réflecteur de M. Czermak n'ont qu'à diriger sur ce réflecteur la lumière concentrée par la lentille, comme par le passé.

L'éclairage par la lentille, comme par le réflecteur, n'est pas seulement applicable à la bouche, aux dents, au pharynx, etc., mais encore aux oreilles, aux organes génitaux, au rectum, et à toutes les autres parties du corps.

Parmi les usages de cet instrument, il en est deux sur lesquels l'auteur insiste plus particulièrement. Le premier est relatif au diagnostic des affections graves de la gorge ; le second avantage est de concourir à la vulgarisation des études laryngoscopiques, en rendant, au moyen de la combinaison de la lentille à court foyer avec le miroir, ces études sur soi-même faciles, indépendantes du jour ou de la nuit, et du plus ou moins d'adresse de l'observateur.

Empoisonnement par l'aron ou pied-de-veau (*Arum maculatum* de Linn.).

Un enfant de trois ans, ayant mâché le 30 avril, à deux heures après midi, des racines et des fleurs du gouet commun ou pied-de-veau, destinées à un porc, se plaignit aussitôt de cuisson, de brûlure dans la bouche et sur les lèvres. Trois heures après, il était plongé dans un état de profonde torpeur, auquel succéda une réaction fébrile intense. A huit heures, dit M. Cancella, je trouvai le petit malade dans la prostration, sans parole, portant souvent les mains à la bouche et à la gorge, jetant par intervalle un cri aigu et se levant comme suffoqué. J'observai que l'action caustique de la plante s'étendait aux lèvres, au palais, à la langue, aux amygdales, au pharynx et jusqu'où ma vue put s'étendre ; la douleur de l'estomac, à la pression, m'indiqua que l'enfant avait avalé le jus de la plante et que son action caustique s'étendait jusque-là.

N'ayant aucun moyen sous la main de faire évacuer la substance vénéneuse, j'administrai une dissolution de sel marin, mais la déglutition était impossible ; la tuméfaction était telle, que je ne pus même introduire une sonde œsophagienne pour la faire pénétrer. Les agents révulsifs les plus énergiques furent mis en usage sans succès ; la mort eut lieu à onze heures, au milieu du délire et par asphyxie. (*Gazeta medica do Porto*, numéro 6.)

Nous avons publié récemment une note de M. Redwood sur le mercure à la craie, *hydrargyrum cum creta*, ou *gry powders*, ou *mercury with calk* de la pharmacie anglaise. M. Lachambre, pharmacien à Dieppe, craint qu'on ne confonde cette préparation avec la poudre de craie composée. Afin de prévenir toute erreur chez les médecins qui ne connaissent pas bien toutes les compositions dans lesquelles on fait entrer la craie, ce pharmacien reproduit la formule de la craie composée. D'après la pharmacopée anglaise, cette poudre se compose de :

Craie préparée....................	1/2 livre (poids anglais).
Poudre de cannelle.................	4 onces.
Poudre de tormentille.............	3 onces.
Gomme en poudre................	3 onces.
Poivre long.....................	1/2 ouce.

Dose de 5 à 10 grains comme astringent antiacide.

Par décret du 27 avril 1861, sont nommés présidents : de la Société des médecins de l'arrondissement de Soissons (Aisne), M. Missa ; de la Société de prévoyance des médecins du département du Loiret, M. Vallet, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans ; de la Société de prévoyance du département du Haut-Rhin, M. Maillhet, docteur en médecine à Colmar.

M. le docteur Robin, membre de l'Académie et professeur agrégé à la Faculté, est nommé membre du Comité impérial des travaux historiques et des Sociétés savantes.

Par décision de la Commission administrative des hospices de Nantes, M. Letenneur, premier chirurgien suppléant, a été nommé chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville ; MM. les docteurs Heurtaux et Jouon, anciens internes des hôpitaux de Paris, ont été nommés, à la suite d'un brillant concours, chirurgiens suppléants.

Par décision du 27 mai, M. le ministre de l'instruction publique, vient de déclarer vacante l'une des deux chaires de pathologie et de clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, ainsi que celle de professeur-adjoint de physique à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Par décret du 22 mai, M. le docteur Champenois, médecin-major de première classe, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

L'assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône aura lieu le 30 mai, au palais Saint-Pierre. Nous avons le très-vif plaisir d'annoncer aux membres de notre association, dit la Gazette de Lyon, que M. Rayer, président de l'Association générale des médecins de France, acceptant l'invitation qui lui a été adressée par notre bureau, assistera à cette séance, ainsi qu'au banquet confraternel dont elle sera suivie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la diète sèche ou xérophagie et de ses applications thérapeutiques [1].

Par M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

La diète sèche ou xérophagie consiste [2], comme l'indique son nom, dans la diminution notable ou même dans la suppression temporaire des aliments liquides. En instituant ce régime particulier, on se propose de diminuer la proportion des fluides de l'économie et, par suite, la quantité d'eau qui entre dans la composition des tissus organiques.

La physiologie nous enseigne que l'eau intervient pour les deux tiers au moins dans le poids intégral du corps chez l'adulte; que cette proportion diminue un peu chez les vieillards dont tous les tissus tendent à la condensation et au racornissement; qu'elle augmente, au contraire, considérablement chez les enfants, lesquels présentent des organes mous, comme spongieux, abondamment imprégnés de sucs. L'évaporation pulmonaire, la perspiration sudorale, et les sécrétions diverses entraînent incessamment hors de la sphère organique une quantité d'eau évaluée, en moyenne, pour vingt-quatre heures, à 500 grammes pour la première de ces voies d'élimination (Séguin); 1 kilogramme pour la seconde, et un peu plus de 1 kilogramme pour la troisième; quantités auxquelles il faut ajouter les proportions, peu considérables, il est vrai, d'eau entraînées par les selles et par les sécrétions demi-concrètes des muqueuses. Quelque approximatives que soient ces évaluations, on voit qu'en somme, la statique chimique du corps humain perd un peu plus de 2 kilogrammes 500 grammes d'eau par jour. Si ce fluide n'était pas incessamment renouvelé par les apports de la nutrition, cinquante

---

(1) Ce travail est extrait d'un livre qui va paraître dans quelques jours chez J.-B. Baillière et fils, et qui a pour titre : *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du régime envisagé comme moyen thérapeutique*.

(2) Dérivé de ξηρὸς, sec, et φάγω, je mange. Nous ne créons pas un néologisme. Tertullien et Origène désignaient, en effet, par ce mot, la privation particulière que s'imposaient des fidèles zélés pendant les premiers carêmes, et qui consistait dans l'usage exclusif d'aliments secs; plus anciennement encore la xérophagie était un des procédés de l'entraînement auquel étaient soumis les athlètes, chez les Grecs.

jours environ suffiraient, en admettant que la vie pût se continuer jusqu'à ce terme extrême, pour amener une dessiccation complète de l'organisme et le réduire à sa trame solide. Ces proportions relatives de l'eau et des matériaux fixes sont, sans aucun doute, éminemment variables d'individu à individu, chacun ayant sa formule propre de statique chimique; mais on peut admettre qu'elles restent assez constantes, toutes choses égales d'ailleurs, chez le même individu. La soif est chargée d'en assurer le maintien. Augmente-t-elle, on peut en conclure que la dépense d'eau s'est accrue, que la quantité des boissons est restée insuffisante, ou bien encore que la formation d'eau qui s'opère continuellement au sein de nos tissus, par suite des phénomènes de combustion interstitielle qui s'y passent, s'est ralentie sous l'influence d'une cause quelconque.

L'importance du rôle physiologique que joue l'eau pour l'entretien ou le jeu normal des appareils organiques montre combien sont profondes les modifications que l'on peut produire en diminuant, dans certaines maladies, la quantité des boissons jusqu'aux limites compatibles avec la vie, c'est-à-dire en instituant la diète sèche.

Historique. — On trouve dans les livres hippocratiques une indication assez vague de l'emploi de la diète sèche ([1]). Nous lisons bien, en effet, que la femme d'Antimaque, de Larisse, ne prenait rien, pas même de boissons; mais il nous reste quelques doutes sur l'interprétation à donner à ce passage. Était-ce abstinence prescrite ou abstinence par dégoût? On ne saurait toutefois contester que les successeurs d'Hippocrate aient connu et pratiqué la diète sèche, puisque Érasistrate accuse ironiquement deux disciples de ce grand maître « de faire douze portions de la sixième partie d'un cotyle d'eau (270 grammes) et d'en donner une ou deux à leurs malades dans l'ardeur de la fièvre. » Un contemporain de Platon, Pétron, médecin de l'école dogmatique, s'est attiré de la part de Celse et de Galien des reproches analogues, et pour le même motif. Il surchargeait, en effet, ses malades de couvertures et les mettait à la diète sèche. Asclépiade agissait à peu près de même et condamnait ses fébricitants à une abstinence complète de boissons pendant les trois premiers jours de leur maladie. Cette pratique bizarre se rapportait vraisemblablement à la théorie humorale de la coction fébrile, et n'a, fort heureusement pour les malades, rencontré que peu d'imitateurs. Au reste, la diète sèche vit diminuer ses applications à partir de cette époque, et c'est à peine si, au lieu d'être em-

---

([1]) *Des épidémies*, liv. V.

ployée comme méthode générale, on trouve son usage mentionné dans les auteurs des siècles derniers, à propos du traitement de certaines affections, en particulier de l'obésité, par exemple, contre laquelle Ettmuller préconise la privation des boissons : *In pinguibus et obesis, remedium infallibile est abstinentia a nimio potu* [1]. Nous ne voudrions pas, bien entendu, nous porter garant de l'exactitude de cette assertion. Cette médication était, au reste, si bien tombée dans l'oubli que lorsque, en 1832, M. Piorry la préconisa comme moyen de diminuer l'abondance des bronchorrhées et de conjurer les accidents de l'asphyxie par écume bronchique, il put légitimement, et sans blesser les droits de personne, s'attribuer la priorité d'une idée pratique dont l'expérience a démontré depuis l'extrême utilité. Analysant avec beaucoup de sagacité les phénomènes ultimes de l'agonie, ce médecin ingénieux fit voir que, dans l'immense majorité des cas, la mort survenait par une asphyxie lente, due à une accumulation de mucosité dans les bronches, et il indiqua la raréfaction de l'air, sa dessiccation et la diète sèche comme des moyens de conjurer dans quelques cas, de retarder dans tous, une issue presque nécessairement fatale. M. Piorry jouissait paisiblement de cette découverte thérapeutique, lorsqu'en 1838 un médecin anglais, le docteur Williams, publia un mémoire sur le traitement du rhume par l'abstinence de boissons. Le point de départ de ses recherches fut l'observation faite sur lui-même de l'efficacité de la diète sèche pour enrayer le coryza à son début. Très-sujet à cette maussade incommodité, il lui opposait ce moyen abortif, et en venait toujours à bout, quand il s'y prenait avant la fin de la première période. Une diète sèche de trois jours était habituellement nécessaire ; il la secondait par l'usage d'un régime farineux et l'emploi des viandes blanches et de fruits secs. La séquestration n'était nullement nécessaire. Cette abstinence de boissons ne produisait d'autres effets qu'un peu de céphalalgie, un état saburral, de l'affaiblissement musculaire, de la petitesse du pouls, etc. Quel appareil diététique pour combattre une indisposition dont le caractère pénible est largement compensé par son peu de gravité et par son aptitude à guérir seule ! Au reste, le docteur Williams ne bor-

[1] *Opera omnia*, t. I, p. 240. — *De nutritione partium læsâ*. — La privation relative de boissons est l'un des éléments principaux du régime d'entraînement des pugilistes en Angleterre. Le meunier Wood, dont l'histoire est publiée dans les *Transactions médicales de Londres*, s'était débarrassé d'une énorme obésité au moyen de la diète sèche. (Voyez Bouchardat, Supplément à l'Annuaire de thérapeutique pour 1861.)

nait pas au seul rhume de cerveau l'application de cette méthode, et il en généralisait l'emploi dans un grand nombre d'affections. M. Piorry ne pouvait manquer de revendiquer son droit de priorité, et il le fit avec juste raison, puisque ses premiers essais sur l'application de la diète sèche étaient antérieurs de six ans au moins à ceux du docteur Williams et que les résultats en avaient été publiés (1). Nous ne sachions pas que depuis ce débat, c'est-à-dire depuis 1838, un mot ait été écrit sur les indications de l'abstinence des boissons, lorsque nous avons été conduit nous-même, par l'expérimentation de cette méthode, à des résultats que nous indiquerons tout à l'heure.

Effets physiologiques. — La détermination précise des quantités de boissons qui conviennent aux diverses modalités de l'état morbide a une extrême importance thérapeutique, et il est à regretter qu'elle ne soit pas assez généralement sentie. Contenter la soif du malade, faire cesser la sensation importune qui le tourmente, est d'ordinaire la seule préoccupation du médecin et des assistants, et la quantité des boissons qu'il ingère est bien plus souvent réglée par l'impéritie des gardes-malades ou par les sensations du patient que par l'intelligence raisonnée des indications thérapeutiques à remplir. Et cependant c'est là un détail digne de toute la méditation des praticiens.

Dans l'état physiologique, l'équilibre des acquisitions et des dépenses est tellement bien réglé, que, quand la quantité d'eau ingérée excède celle nécessaire à l'entretien, une sécrétion s'exagère et rétablit l'équilibre. Le même mécanisme compensateur peut intervenir dans l'état morbide ; mais il peut arriver aussi que cet excès d'eau aille de préférence augmenter un épanchement séreux et faire courir certains risques aux malades. Un litre de trop d'une tisane innocente peut ainsi devenir le point de départ d'accidents quelquefois très-graves. Ce n'est donc pas, on le voit, une minutie, mais un point pratique d'une haute importance.

Quand on soumet des animaux à la diète sèche prolongée, ils éprouvent des accidents qui se rapprochent beaucoup de ceux développés par l'inanition ; ils maigrissent rapidement et succombent lorsqu'ils sont arrivés à un certain degré d'atténuation. MM. Falk et Scheffer se sont livrés à des recherches nombreuses pour déterminer la quantité d'eau contenue dans les organes de chiens, à la

(1) Gazette médicale de Paris. 1836, t. VI, p. 22. — Voyez aussi, *Traité de médecine iatrique* du même auteur.

suite d'une abstinence de liquides poussée plus ou moins loin. Voici les conclusions auxquelles l'expérimentation les a conduits :

1° Lorsqu'un chien nourri d'aliments secs est privé d'eau pendant un certain temps, il refuse toute nourriture, perd 20 pour 100 de son poids, et tombe dans l'inanition qui accompagne toujours l'extrême soif.

2° L'amaigrissement de ces animaux, tourmentés par la privation de boissons, provient de la perte d'eau et de parties solides qu'éprouvent tous les organes, à l'exception de l'œil, de la rate, du cerveau et des épiploons.

3° Les plus grandes pertes qu'éprouvent les organes sont les pertes en liquides.

4° Ce sont surtout les muscles et la peau qui perdent la plus forte proportion de l'eau qui entre dans leur constitution.

5° Les pertes solides sont moins considérables ; mais tous les organes y participent, excepté la langue, l'œsophage, la rate, le globe de l'œil, le cerveau, le squelette et le sang.

6° Les muscles et la peau sont les parties qui subissent la plus forte perte solide.

7° Le rapport des parties solides aux parties liquides est aussi changé. Un chien qui souffre de la soif et qui refuse les aliments contient environ 4 pour 100 moins d'eau qu'un chien auquel on donne à boire, et, en général, la proportion d'eau est plus faible dans tous les organes.

8° D'après tout ce qui est connu, on ne saurait douter que la sensation de la soif, qui survient après une longue abstinence d'eau, n'ait sa cause dans la privation de liquide éprouvés par les fibres nerveuses qui, plongées dans les organes, participent à cette perte d'eau; il en résulte un changement dans les molécules nerveuses qui, alors, agissent d'une manière particulière sur les centres nerveux et produisent la sensation de soif (1).

La diète sèche chez l'homme produit, au degré près, des effets analogues, et que l'on peut opposer un à un à ceux que détermine, au contraire, l'ingestion d'une quantité surabondante de liquides. Voici, dans ce dernier cas, la série des modifications statiques et fonctionnelles que l'on observe :

1° L'absorption est notablement diminuée; par suite, les médicaments déposés sur le derme ou dans l'estomac ne passent plus dans la circulation qu'avec une extrême lenteur, et les épanchements séreux, s'il en existe, ont pour la même raison moins de tendance à se résorber.

2° Le système circulatoire éprouve une sorte de pléthore ; le pouls

---

(1) *De la quantité d'eau contenue dans les organes des animaux soumis à la privation de boissons.* (Gazette médicale de Paris, 3e série, t. X, 1855, p. 713.)

devient plus dur et plus lent; les vaisseaux superficiels se gonflent, et il se manifeste de la pesanteur de tête avec obtusion légère des sens et de l'intelligence.

3° Les sécrétions se diluent; le mucus est plus liquide, moins visqueux, plus cohérent; l'urine devient plus aqueuse, le lait plus séreux, la peau sécrète la sueur avec plus d'abondance, et le filtre uro-poiétique se laisse traverser par une quantité plus considérable de liquides.

On pressent, par contraste, les effets physiologiques de la diète sèche. Une soif plus ou moins vive, indice d'un besoin organique de réparation aqueuse, se fait sentir. L'habitude ne tarde pas toutefois à l'émousser, et, au bout de quelques jours, il n'est pas rare de constater, sous ce rapport, une sorte de tolérance, soit que l'économie se fasse à ce nouvel état de choses, soit qu'ayant eu le temps d'organiser ses ressources, elle puise dans la maille des tissus, comme dans la partie fluide des humeurs, de quoi compenser l'insuffisance de l'eau que lui fournit l'alimentation. La soif se manifeste sous l'influence de la diète sèche, comme on la voit se produire dans les hydropisies rapides qui soustraient brusquement à la circulation une quantité considérable d'eau, comme à la suite des saignées abondantes et des hémorrhagies.

L'épaississement de tous les fluides et la diminution du volume des organes sont également une conséquence de la privation de boissons. Le calibre des veines sous-cutanées s'aplatit ou s'efface, le pouls a moins de dureté et d'ampleur; la salive s'épaissit, l'urine devient rouge et sédimenteuse; la constipation s'établit en permanence, et un amaigrissement rapide ne tarde pas à se manifester. En ce qui concerne ce dernier effet de la diète sèche, je ferai remarquer son analogie avec l'amaigrissement qui s'opère presque à vue d'œil dans les maladies que signalent des pertes humorales incessantes : les diarrhées, le choléra, le diabète, etc.; l'amoindrissement du volume du corps dans les deux cas tient à cette double cause : diminution de la proportion des fluides libres ou circulants, et de ceux qui entrent dans la composition normale des solides.

Dans les expériences que j'ai instituées sur la diète sèche, j'ai constaté habituellement du ralentissement du pouls. Ce phénomène dépend-il de ce que la colonne sanguine étant coercée, condensée en quelque sorte par diminution de ses proportions d'eau, trouve, à raison de sa moindre fluidité, plus de résistance à vaincre dans son parcours? Nous donnons cette hypothèse iatro-mécanique pour la valeur que nous y attachons nous-même. Un autre effet physiolo-

gique de la diète sèche est d'activer considérablement l'absorption, que celle-ci s'exerce sur les parois de l'estomac ou dans l'interstice du tissu des organes. Cette propriété est à la fois une source d'indications et de contre-indications; autant, en effet, elle peut être mise à profit quand il s'agit, pour remplir une indication pressante, de faire pénétrer rapidement des médicaments dans l'organisme, autant elle offrirait de dangers quand l'absorption agit sur des poisons, des virus ou des agents septiques.

Indications thérapeutiques. — On pressent, par les données physiologiques qui précèdent, l'importance des modifications organiques produites par la diète sèche, et la multiplicité des indications qu'elle est appelée à remplir.

Pour mettre un peu d'ordre dans cette étude, nous ramènerons ces indications aux cinq chefs suivants : 1° diminuer quelques sécrétions normales ou pathologiques; 2° combattre certains états morbides de l'estomac; 3° faciliter la résorption d'épanchements séreux; 4° activer l'absorption médicamenteuse; 5° contribuer à la guérison de la syphilis constitutionnelle.

I. Un balancement antagoniste existe normalement entre les diverses sécrétions liquides de l'économie; l'une d'elles prend-elle une prépondérance d'activité, les autres diminuent proportionnellement pour maintenir, par un admirable équilibre, la proportion d'eau nécessaire au maintien de la santé. La thérapeutique utilise fréquemment cette ressource en provoquant à dessein des déperditions séreuses, urinaires ou sudorales. Eh bien ! les sécrétions accidentelles ou pathologiques entrent, elles aussi, dans ce consensus, et leur diminution ou leur exagération réagissent sur la quantité des autres fluides sécrétés, et réciproquement.

Quand on diminue notablement la quantité des boissons, on soumet les principaux organes sécréteurs de l'économie, et principalement ceux qui laissent passer beaucoup d'eau, à un repos relatif. Or, quand on songe à la puissance de l'habitude sur la fonctionnalité des appareils organiques, on comprend que, par cela seul qu'ils cessent, pendant un certain temps, d'avoir une activité exagérée, ils pourront souvent rentrer d'eux-mêmes dans leurs conditions régulières. Cette vue n'est pas simplement théorique. Un fait que nous avons récemment observé nous a démontré toute sa portée thérapeutique, et nous le signalons à nos confrères, bien moins parce que nous lui accordons une grande valeur démonstrative, que parce qu'il peut ouvrir utilement la voie à des expérimentations ultérieures.

Il s'agissait d'un soldat du 92e de ligne, âgé de vingt-deux ans, entré à l'hôpital de Cherbourg pour y être traité d'une incontinence d'urine. D'après les commémoratifs fournis par le malade, il aurait eu, de trois à quatorze ans, une dysurie pénible, mais qui n'avait jamais forcé de recourir à la sonde. Ces accidents s'étaient dissipés spontanément, et, jusqu'à vingt-deux ans, il avait joui d'une santé parfaite. Les renseignements personnels et héréditaires n'offraient aucun intérêt. Quatre mois et demi avant son entrée à l'hôpital, le malade avait été pris brusquement, en faisant son service, de douleurs vives dans les lombes et le bas-ventre, et la dysurie s'était reproduite avec écoulement goutte à goutte et ténesme vésical. Pendant quinze jours il lutta contre la souffrance, mais il finit par se faire admettre à l'hôpital de Saint-Omer. A cette époque, il urinait au moins cinquante fois par jour avec douleur et difficulté; la soif et l'appétit avaient augmenté d'une manière sensible. Soumis d'abord, mais sans résultat, à un traitement par les ferrugineux et les balsamiques, on s'en était tenu, en dernier lieu, à une simple expectation.

A son entrée à l'hôpital de Cherbourg, il existait une teinte anémique marquée, avec bouffissure du visage et affaiblissement très-marqué de la constitution; le malade laissait couler ses urines sans s'en apercevoir : cet écoulement était à peu près continu. La pression sur l'hypogastre ne révélait aucune sensibilité; seulement quelques douleurs spontanées, à forme lancinante, traversaient de temps en temps cette région. L'appétit était bon, les digestions faciles; il n'existait pas de diarrhée, mais il y avait de l'amaigrissement, une diminution notable des forces et une tristesse habituelle due, en grande partie, à l'impossibilité où se trouvait le malade, auquel on n'avait pu encore procurer un réservoir en caoutchouc, de sortir de son lit et de marcher. La soif était vive. La quantité d'urine rendue habituellement en vingt-quatre heures atteignait 3 litres et excédait d'un tiers au moins celle des boissons. L'urine était fortement albumineuse, mais ne contenait pas de sucre : sa densité était de 1022 (1).

Cette affection complexe comprenait donc les éléments morbides suivants, entre lesquels il était difficile de mettre un lien : albuminurie, polyurie insipide, paralysie de la vessie. L'occasion me parut favorable pour essayer la diète sèche. Le malade s'y soumit sans répugnance : elle fut instituée régulièrement le 5 mars. Des aliments solides étaient seuls permis, et on y ajoutait, pour étancher la soif, un julep contenant 120 grammes de liquide. Il me parut opportun de combiner la diète sèche avec l'usage de l'opium, qui jouit, comme on le sait, d'une incontestable efficacité contre la po-

(1) Les évaluations de la densité normale de l'urine sont fort diverses, ce qui se conçoit aisément. Lecanu admet, comme représentant la densité la plus ordinaire de l'urine normale, le chiffre 1022. Chez le malade dont il s'agit, l'accroissement de densité dû à la présence de l'albumine était compensé par la pénurie des éléments normaux qu'entraîne toujours la polyurie. Le chiffre 1022 est une moyenne entre ces deux conditions opposées.

lyurie. Le lendemain, l'urine avait diminué dans la proportion de 3 litres à 1lit.,40; le 7 mars, elle était réduite à 1lit.,20; le 9, à 1 litre; le 10, à 0lit.,90; le 11, à 0lit.,65. La densité s'était progressivement élevée de 1020 à 1024. Dès les premiers jours, l'albumine avait disparu; mais, au bout de peu de temps, elle manifesta de nouveau sa présence : l'urine avait pris une réaction un peu acide. En même temps, la peau perdait sa couleur anémique; les forces revenaient, et les intervalles pendant lesquels l'écoulement de l'urine s'interrompait devenaient plus nombreux et duraient souvent plus de dix minutes. Le 12, la soif, qui avait été peu vive jusque-là, devint assez importune, et je dus, pour ne pas provoquer l'indocilité du malade, permettre deux juleps, c'est-à-dire 240 grammes de liquide par jour. L'opium avait été donné pendant ce temps à la dose journalière de 0gr.,075. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que cette augmentation des boissons n'amena aucun accroissement dans la quantité de l'urine. Le 14, en effet, le malade n'en rendit que 0lit.,51. Le 17, c'est-à-dire au bout de douze jours, je voulus voir si les reins avaient perdu l'habitude de l'hypersécrétion qu'ils présentaient avant l'institution de la diète sèche, et je suspendis celle-ci. Ce jour-là, il y avait eu 0lit.,60 d'urine d'une densité de 1020, fournissant un léger précipité d'albumine par l'acide azotique. Le lendemain, quoique le malade eût bu à discrétion, il ne rendit que 0lit.,70 d'urine. La quantité de ce fluide s'éleva ensuite progressivement : le 25, elle atteignit 0lit.,80; le 26, 1 litre; mais les jours suivants elle redescendit à 85 et 90 centilitres. Le 3 avril, le malade rendait 1 litre d'urine par vingt-quatre heures. A cette époque, son état général s'était très-sensiblement amélioré. Le 6 et le 7, les urines remontent tout à coup à 1lit.,80, mais il me rend compte de cette augmentation en me disant que, depuis quelques jours, il mange des pommes de terre, et qu'il a remarqué que cet aliment le fait toujours considérablement uriner. Les jours suivants, en effet, les urines reviennent, après quelques fluctuations insignifiantes, au-dessus et au-dessous, à 1 litre environ, et se maintiennent à ce chiffre, quoique l'administration de l'opium ait été suspendue depuis trois semaines. Le 25 avril, la santé est devenue excellente ; le visage s'est coloré, les forces et le moral se sont relevés sensiblement, et notre malade, guéri de sa polyurie, mais conservant encore sa paralysie de la vessie qu'il n'a pas la patience de laisser traiter, part avec un congé de convalescence, emportant un urinal de caoutchouc à robinet, qui l'affranchit de l'incommodité et du dégoût d'être constamment mouillé par son urine.

Ce premier fait était, on le voit, fort encourageant, et l'expérience confirmait pleinement l'induction sur laquelle elle avait été instituée. Peu après, nous eûmes une seconde occasion d'observer l'influence heureuse de la diète sèche dans un nouveau cas de polyurie insipide. Nous reproduisons cette observation, en en abrégeant à dessein les détails.

Le nommé Clément (Eugène), âgé de vingt et un ans, d'une con-

stitution délicate, entre à l'hôpital le 2 janvier 1858 pour y être traité d'une contusion du genou. Peu de jours après son arrivée, on constate que la quantité des urines excède notablement celle des boissons; des analyses réitérées ont, d'ailleurs, donné la certitude qu'elles ne contenaient ni sucre, ni albumine. La soif était vive : 2$^{lit.}$,50 d'urine environ étaient rendus dans les vingt-quatre heures. Ce liquide était décoloré, mousseux ; soif ardente, langue saburrale, sécheresse habituelle de la bouche, digestions normales. Pouls petit, à 72, débilité générale, pâleur anémique, décoloration des muqueuses. Le 15 février, la diète sèche est instituée : le malade ne prend plus que des aliments solides; une orange lui est accordée, mais il ne reçoit pour toute boisson qu'un julep de 120 grammes. Le 16, il rend 2$^{lit.}$,50 d'urine dont les éléments aqueux ont été, bien entendu, empruntés en grande partie à l'organisme ; aussi éprouve-t-il une soif assez vive ; les mucosités de la bouche se sont épaissies. Le 17, 2 litres d'urine seulement : la soif continue à être vive; le malade éprouve des bourdonnements inusités ; le pouls est toujours à 72. Le 18, la docilité du malade n'inspirant pas grande confiance, le traitement est suspendu. Il est repris le 26, sur sa demande instante et sur sa promesse de se montrer plus soumis. A ce moment, le pouls est à 80, la langue humide, légèrement saburrale. L'appétit et la soif sont modérés. Deux litres environ de liquides sont ingérés par jour ; il y a 3 litres d'urine. Le 27, pouls à 76 ; 2$^{lit.}$,25 d'urine : le malade a eu une soif assez vive ; pas de selles. Le 28, diminution de l'appétit : 1$^{lit.}$,30 d'urine, pouls à 72 ; une selle plus consistante que de coutume. Le 1er mars, 1 litre d'urine seulement : le malade se plaint de la soif ; il accuse de la sécheresse à la gorge, de la dysphagie, un peu de céphalalgie; pouls à 84. Le 2 mars, 0$^{lit.}$,60 d'urine; peu d'appétit, constipation, pouls à 84 ; peu de soif, déglutition difficile. Le 4, 0$^{lit.}$,50 d'urine, soif modérée, pouls à 72 ; langue saburrale, collante au doigt : une selle. Le 6, 0$^{lit.}$,40 d'urine; la langue reste assez humide, pouls à 72 ; digestions normales ; pas de soif ; tolérance parfaite pour la diète sèche ; pas de selles depuis quarante-huit heures. Le 7, 0$^{lit.}$,30 d'urine ; même état, soif nulle. Le 8, 0$^{lit.}$,25, absence de soif. Le 10, le malade rend 0$^{lit.}$,75 d'urine, et le 11, 0$^{lit.}$,50 seulement. Le 13, la diète sèche est parfaitement supportée. On suspend le traitement, et le malade boit suivant ses besoins. Le lendemain, les urines montent à 2 litres; mais, dès le lendemain, cette quantité s'abaisse à 1$^{lit.}$,50. Le 19, elle n'est plus que d'un litre. Elle oscille ensuite entre 1$^{lit.}$,10 et 1$^{lit.}$,50 jusqu'au 29, époque où le malade sort de l'hôpital, muni d'un congé de réforme, mais présentant un état incontestablement meilleur qu'à son entrée.

En résumé, voilà deux cas de polyurie grave qui ont été très-favorablement modifiés par la diète sèche. Ces faits montrent, comme nous le disions tout à l'heure, qu'en interrompant les habitudes vicieuses d'une sécrétion, on peut, par cela seul, la ramener à son type physiologique. Qui sait tout le parti que l'on pourrait tirer de

cette idée, que nous croyons neuve, dans le traitement de la polyurie insipide, de la glucosurie, de la sialorrhée idiopathiques, de la galactorrhée. Nous livrons ces faits à la méditation des praticiens, en les sollicitant vivement à instituer des expériences analogues. Qui pourrait affirmer, en effet, qu'en agissant ainsi, par la diète sèche, sur une sécrétion exagérée, on ne modifiera pas du même coup l'organe sécréteur au point de l'empêcher de séparer certains produits anormaux : sucre, albumine, matières grasses.

II. La dyspepsie des boissons et l'ampliation morbide de l'estomac sont deux indications particulières de la diète sèche.

Tout récemment, le professeur Chomel a décrit, sous le nom de *dyspepsie des boissons*, des troubles digestifs spéciaux qui peuvent avoir leur siége, soit dans l'estomac, soit dans l'intestin, et qui dépendent d'une digestion laborieuse des aliments liquides. Dans le premier cas, ils sont caractérisés par l'inaptitude à bien digérer les boissons, les aliments solides étant, au contraire, élaborés d'une manière normale. Quelquefois les malades disent que leur estomac est *noyé dans l'eau :* ils éprouvent de la pesanteur épigastrique, du malaise; on perçoit par la percussion un clapotement stomacal, qui peut se montrer un grand nombre d'heures après l'ingestion des liquides. Cette dyspepsie siége-t-elle, au contraire, dans l'intestin, on constate, dans les régions moyenne et inférieure du ventre, des gargouillements habituels avec mouvements intestinaux, coliques sourdes et prolongées, suivies de diarrhée séreuse. Chomel opposait le *régime sec* à cette dyspepsie des boissons. Voici comment il le formulait : soupes très-épaisses, pain, viandes rôties ou grillées, poissons, mais pas de sauce; usage de fruits, à l'exception de ceux très-aqueux, tels que les raisins. On recommande au malade d'insaliver ses aliments le plus possible; on lui supprime graduellement ses boissons; on ne prescrit que des médicaments sous forme liquide, et on diminue la soif par l'administration des bains et de un ou deux lavements par jour. Chomel cite le fait d'une dame atteinte à un haut degré de cette forme de dyspepsie, qui la voyait se renouveler toutes les fois qu'elle abandonnait le régime sec. Il faut donc continuer celui-ci très-longtemps (¹).

La *dilatation morbide de l'estomac* est une lésion très-rare, en dehors de toute altération organique, principalement du cancer; on en a néanmoins recueilli quelques exemples. La forme en besace du ventre, la saillie de la région épigastrique, les vomissements

---

(¹) Chomel, *Des dyspepsies*. Paris, 1857.

abondants suivis d'un affaissement momentané du gonflement stomacal, le glouglou produit par la succussion ou le mouvement, sont les symptômes les plus ordinaires de cette lésion, qui reconnaît habituellement pour cause des excès de polyphagie ou des libations exagérées. « Le traitement qui a le plus complétement réussi dans cette maladie, dit Valleix, est l'abstinence plus ou moins prolongée et ensuite la persistance dans un genre de vie sobre et réglé. M. Pézéra a cité un fait très-curieux sous ce point de vue. Il s'agit d'une femme de trente ans, dont le ventre avait le volume qu'il présente au dernier terme de la grossesse. L'examen attentif fit reconnaître l'ampliation morbide de l'estomac, et les renseignements pris sur la malade apprirent qu'elle ingérait chaque jour plus d'aliments qu'il n'en faudrait pour sustenter deux ou trois manœuvres, et que même elle en aurait pris une plus grande quantité si elle en avait eu à sa disposition. Il suffit de quinze jours, pendant lesquels on tint la malade à la demi-portion, pour ramener l'estomac à son état normal, et ensuite, tant que cette femme vécut avec sobriété, elle se vit débarrassée de son mal; mais elle présenta de nouveau les mêmes symptômes toutes les fois qu'elle voulut satisfaire complétement son appétit. Dans un autre cas, cité par le même auteur et où la maladie paraît avoir été déterminée par l'ingestion habituelle d'une énorme quantité de boissons, on voyait l'ampliation morbide de l'estomac se dissiper en très-grande partie dès que le malade diminuait la quantité du liquide, et reparaître dès qu'il reprenait ses habitudes qu'il ne voulut pas abandonner. On voit donc que l'abstinence des boissons et des aliments est un moyen qu'il faut avoir soin de recommander; mais il ne faudrait pas mettre trop promptement les malades à une diète sévère, car il est certain qu'ils ne pourraient pas la supporter (¹). »

III. C'est principalement dans le traitement des diverses hydropisies que la diète sèche déploie toute son utilité. Le génie observateur d'Hippocrate avait admirablement saisi cette indication. « L'hydropique, est-il dit dans le VIIe livre des *Epidémies*, doit se fatiguer, suer, manger du pain, *ne pas boire beaucoup.* » Ballonius, reproduisant plus tard cette recommandation hippocratique de la diète des boissons, allait plus loin encore, et voulait que l'abstinence de liquides fût à peu près absolue. « *Ut convalescas, omninò potu temperandum* (²). » Bordeu, reconnaissant implicitement l'utilité de

---

(¹) *Guide du médecin-praticien*, édit. Racle et Lorain, 1860, t. III, p. 881.
(²) Gulielmi Ballonii *Opera omnia*. Genovæ, MDCCLXII, t. I, p. 8.

cette médication, se demande avec une adorable naïveté, qui rappelle celle du Garo de la fable, pourquoi la nature « n'a pas éteint la soif des hydropiques, plutôt que de les tyranniser par la passion du boire. » C'est là, en effet, l'une des difficultés de l'institution de la diète sèche chez les malades de cette catégorie, mais elle n'est pas insurmontable, et on peut l'éluder en employant certains artifices que nous énumérerons tout à l'heure. La diète sèche a été, du reste, beaucoup moins employée dans le traitement des hydropisies que la diète lactée, et nous ne connaissons guère, parmi les travaux modernes sur ce sujet, que les recherches de M. Serres d'Alais, dont la méthode se rapproche plutôt de la diète sèche, puisque les malades, soumis au régime exclusif des soupes au lait et des oignons crus, n'absorbent, par le fait, qu'une très-petite quantité de liquides.

Le mécanisme curatif de la diète sèche dans les hydropisies se comprend à merveille. Faire un vide dans la circulation par la lancette, par des purgatifs ou par l'abstinence, c'est solliciter les fluides blancs extravasés à rentrer dans leurs vaisseaux. Une condition essentielle pour que ce moyen réussisse, c'est que la séreuse ou la cellule dans laquelle l'épanchement s'est fait, ait son intégrité physiologique et ne soit doublée d'aucun de ces produits plastiques que l'inflammation y dépose habituellement. Sous cet état, en effet, ce n'est plus une séreuse qui absorbe et qui exhale, mais un kyste qui emprisonne et qui isole ; aussi, les épanchements récents, les hypercrinies s'accommodent-elles plus particulièrement de ce moyen. Nous l'avons cependant employé avec succès dans un cas de pleurésie avec épanchement, mais les phénomènes inflammatoires avaient été peu aigus, ils s'étaient dissipés au moment où la diète sèche fut instituée ; il n'y avait pas de signes apparents de fausses membranes pleurales, l'épanchement, en un mot, tenait plutôt des caractères de l'hydrothorax que de ceux de la pleurésie. Cette observation, intéressante à ce point de vue que les effets physiologiques de la diète sèche ont été notés soigneusement, me paraît devoir être rapportée avec quelques détails.

Il s'agissait d'un tailleur de pierres âgé de vingt ans, entré à l'hôpital de Cherbourg, pour une prétendue pleurodynie du côté droit, laquelle remontait à six semaines, et n'était, en réalité, qu'une pleurésie avec épanchement assez abondant. Du 28 janvier au 5 mars, un traitement complexe par les vésicatoires, les diurétiques, les purgatifs hydragogues, fut institué avec persévérance, mais ne fournit que des résultats médiocrement avantageux. L'épanchement rendu à un certain niveau demeura stationnaire. J'eus alors l'idée de recourir à la diète sèche. Mon malade, plein d'intelligence et de

résolution, ne fit nulle difficulté de s'y soumettre. Son alimentation fut réglée de manière à contenir aussi peu d'eau que possible ; elle se composait à peu près exclusivement de pain, de poisson, de viandes rôties. Les soupes, les légumes frais, les pommes de terre étaient absolument interdits. Une orange était accordée chaque jour comme moyen d'étancher la soif. La diète sèche fut commencée le 6 mars. Le 7, le malade avait peu souffert de la soif, si ce n'est immédiatement après les repas ; les digestions s'étaient opérées d'une manière normale ; il y avait eu une selle moulée ; les urines avaient pris une coloration un peu rouge, leur quantité en vingt-quatre heures était de 1020 grammes ; leur densité, de 2042. Le 8, le malade accuse de la soif, l'urine est neutre ; sa quantité est de 855 grammes, sa densité de 1047. Le 9, la soif fut assez insupportable pour que le malade réclamât une petite quantité de liquide ; il se manifesta une légère douleur lombaire ; la densité des urines redescendit à 1040 ; les fonctions digestives continuaient à s'exercer parfaitement. Le 10, nous permettons au malade $0^{lit},25$ de tisane à boire par petites gorgées ; la quantité des urines fut néanmoins de $1^{lit},75$, leur densité ne s'abaissa pas au-dessous de 1036. Le 11, elles diminuent un peu d'abondance, et leur densité augmente. Le 12, elles sont plus épaisses, réduites à $0^{lit},80$, et leur densité portée à 1042. On constate que la suppuration d'un vésicatoire s'est presque complétement tarie. Le 13, $0^{lit},90$ d'urine d'une densité de 1048. Le 14, $0^{lit},55$ d'urine d'une densité de 1046. Le 15, quantité $0^{lit},50$, densité 1040.

A cette époque, le malade est à la diète sèche depuis dix jours ; il s'y est facilement habitué ; la soif est très-supportable ; il n'existe aucun trouble des fonctions digestives ; sous l'influence de cette médication, l'état de la poitrine s'est rapidement amélioré, l'épanchement a à peu près complétement disparu, le murmure respiratoire s'entend bien, et les vibrations thoraciques se perçoivent avec leur intensité normale. Le malade est remis alors progressivement à son régime ordinaire, et, le 21, il sort de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

Ce résultat est, on le voit, fort encourageant : un épanchement stationnaire depuis deux mois, et réfractaire aux moyens habituels, disparaît assez complétement, au bout de dix jours de diète sèche, pour que le malade, considéré comme guéri, puisse reprendre son travail. C'est là un fait qui, s'il ne porte pas un enseignement complet avec lui, commande au moins l'attention. Je ferai remarquer la facilité avec laquelle la diète sèche a été tolérée. Dans les premiers jours, la soif fut assez importune ; mais ce fut un phénomène passager, et qui, au dixième jour, avait cessé de se manifester. La douleur lombaire que le malade accusa, au début, tenait probablement à un certain degré de congestion des reins. Il est à observer, ce qui se conçoit à merveille, que plus les urines étaient rares, plus leur densité s'élevait. Elles devinrent de moins en moins abondantes

dans les derniers jours, quoique la quantité de boisson restât la même, ce qui peut s'expliquer par la disparition progressive de l'épanchement, lequel pouvait, dans le principe, faire les frais d'une diurèse plus abondante. Enfin, la transition de la diète sèche au régime ordinaire n'amena aucune perturbation dans les fonctions digestives. Comment agit la diète sèche dans ces cas? Il est très-probable que l'économie se débarrasse principalement du liquide des épanchements, en l'éliminant par la voie des exhalations vaporeuses de la peau et de la muqueuse respiratoire, l'urine s'abaissant à la stricte quantité nécessaire pour la fonction dépuratoire dont les reins sont chargés.

Dans le cas précité, la diète sèche a été employée, à l'exclusion de tout autre moyen, afin de mieux mettre ses résultats en relief; mais il me paraît vraisemblable qu'en y associant les diurétiques et les purgatifs résineux, on arriverait encore avec plus de rapidité et de certitude à tarir certains épanchements. Dans tous les cas, la diète sèche doit être le complément nécessaire de toute médication dirigée contre les hydropisies, quels que soient leur siége et leur cause. En l'employant avec persistance, surtout à ce moment critique où, les accidents aigus étant calmés, l'épanchement tend à prendre une allure chronique, on abrégerait probablement ces affections dont la durée, passé un certain temps, est en quelque sorte indéfinie. L'hydropéricarde, l'hydrothorax, les hydarthroses, voire même l'hydrocèle, sous leur forme aiguë, indiquent l'usage de ce moyen. En ce qui concerne cette dernière affection, l'abstinence de boissons préviendrait probablement, dans un bon nombre de cas, ces récidives qui compromettent le résultat des opérations les mieux faites, et deviendrait un auxiliaire efficace de l'injection vineuse ou iodique. *(La fin au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques pratiques sur le traitement du bubon.

Extrait d'une leçon professée à l'hôpital de Lourcine, par M. Alph. Guérin, et recueillie par M. le docteur Paul Picard, interne des hôpitaux.

Nous avons vu que le bubon purement inflammatoire peut se terminer par résolution : quelques auteurs, au nombre desquels se trouve M. Ricord, prétendent que le bubon virulent doit fatalement suppurer et s'ouvrir. J'espère pouvoir vous convaincre qu'un trai-

tement convenable peut arrêter le bubon dans sa marche, le faire rétrocéder et le guérir sans donner issue au pus qu'il renferme.

Qu'il soit virulent ou non, le bubon ne suppurera pas si vous avez recours au traitement dont je m'efforcerai de vous prouver l'efficacité. Je vois d'ici poindre une objection que l'on peut assurément m'adresser. Les malades que vous guérissez si bien, me direz-vous, ont des adénites inflammatoires et non des bubons virulents; s'ils avaient des bubons suppurant sous l'influence du virus chancreux, ils s'ouvriraient malgré vous. Comme les bubons que vous guérissez ne suppurent pas, vous êtes dans l'impossibilité de démontrer leur virulence. A cette fin de non-recevoir, je répondrai : Si je ne réussissais qu'une ou deux fois par hasard, vous auriez raison; mais que direz-vous si, dans un service comme celui de Lourcine, il n'est pas *un seul* bubon traité par moi qui laisse une cicatrice? Vous voyez que je ne dis pas : qui suppure, car il me faudra vous expliquer un mécanisme particulier de la transsudation du pus; mais enfin, par un procédé que je ne saurais trop vous recommander, par l'application de vésicatoires multiples, je guéris les tumeurs ganglionnaires aiguës, alors même qu'elles renferment une notable quantité de pus, et que la peau qui les recouvre, lisse, bleuâtre et amincie, semble à la veille de s'ouvrir. Les élèves de mon service ont, tous les jours, l'occasion de constater ce fait. Si vous pouviez suivre ma visite, vous seriez, comme moi, convaincus que le bubon, quelle que soit son espèce, ne suppure pas nécessairement, fatalement.

Pour le guérir, on a vanté un grand nombre de méthodes et de procédés que nous allons examiner successivement.

Traitement général. — On croyait autrefois que le traitement général était indispensable pour triompher de l'adénite; on pensait que cette affection tenait à un vice de la constitution ; on regardait le bubon suppuré comme l'indice certain d'une infection constitutionnelle, et l'on croyait, dans ce cas, devoir recourir à un traitement mercuriel. De nos jours, nous avons vu Broussais et ses élèves, Jourdan, Desruelles, etc., soutenir que les antiphlogistiques suffisent pour guérir la vérole. Avec cette croyance, l'école du Val-de-Grâce ne pouvait pas traiter le bubon autrement que par les saignées locales et générales. Longtemps avant eux, Astruc s'était élevé contre les médecins qui s'imaginent que la saignée *doit attirer le virus en dedans*. Je ne crois pas que la saignée puisse avoir cette influence attractive, mais je la crois nuisible dans le traitement du bubon virulent : c'est l'histoire de tous les poisons. Saignerez-vous l'homme qui vient d'être mordu par un chien enragé ou par un

serpent venimeux? Si je condamne les saignées générales d'une manière absolue, il est impossible que je ne repousse pas les saignées locales. L'application des sangsues sur la peau qui recouvre le bubon est pourtant une pratique généralement adoptée. M. Marchal (Annales de la chirurgie, 1841) a cherché à expliquer l'action des sangsues, dont l'influence ne lui paraît pas pouvoir être contestée. « Pour déterminer une inflammation, dit-il, le virus vénérien, comme tout agent irritant, a besoin de sang; si on applique des sangsues sur le point où il a été transporté, et que par ce moyen, aidé de quelques autres, on le prive de l'élément sanguin indispensable, il restera inefficace dans le point indiqué, mais rien ne dit qu'il ne pourra être résorbé et porter ailleurs sa funeste influence. » Et, plus bas, il ajoute : « Les sangsues sont plus que tout autre moyen capables de borner ces effets physiologiques du virus. » Eh bien, mon opinion est que l'emploi des sangsues et des saignées locales est une très-mauvaise pratique. Je ne parle pas de l'adénite inflammatoire, qui peut céder, comme toute inflammation simple, aux émissions de sang locales et générales; mais non-seulement les sangsues sont impuissantes à détruire la virulence du bubon, à en borner l'action et à prévenir la suppuration, elles agissent encore dans un sens favorable au développement de la maladie, en affaiblissant le malade et en lui enlevant les forces qui lui auraient permis de lutter, inégalement sans doute, mais enfin de lutter contre le mal. Ce n'est pas le seul reproche que j'adresse aux sangsues; les petites plaies qu'elles ont faites se sont, dans bien des cas, trop souvent transformées en chancres, pour que l'on ne redoute pas de recourir à un pareil moyen. Les émissions de sang, quelles qu'elles soient, ont le grand inconvénient de débiliter les malades, de les prédisposer au phagédénisme. Les saignées locales et générales me paraissent si manifestement nuisibles dans le traitement du bubon, que je ne crois pas devoir insister sur ce moyen.

Les vomitifs ont été très-vantés : j'avoue qu'ils me semblent un adjuvant utile; mais je pense qu'employés seuls ils seront le plus souvent insuffisants pour guérir un bubon; dans le cas où le malade aurait un état saburral des premières voies digestives, et particulièrement pendant une épidémie d'érysipèle, c'est cependant un moyen qu'il ne faut pas négliger. Il est incontestable que les vomitifs ont, parfois, agi d'une manière bien efficace dans le traitement du bubon. Hunter, qui est partisan de cette méthode, raconte le fait suivant : « Un officier, qui avait contracté un bubon à Lisbonne, m'a présenté, dit-il, un exemple remarquable de l'influence des vomitifs.

Le bubon avait suppuré franchement ; il était sur le point de s'ouvrir : la peau était mince et enflammée, et l'on percevait une fluctuation manifeste. J'avais décidé de pratiquer une incision sur la tumeur ; mais comme le malade devait s'embarquer le lendemain pour l'Angleterre, je jugeai convenable de différer l'opération. A peine était-il à bord qu'on mit à la voile, et le vent fut si violent que rien ne put être fait pendant quelques jours. Pendant tout le temps, il eut un violent mal de mer et vomit beaucoup. Quand les maux de cœur se dissipèrent, le bubon avait disparu et il ne reparut plus ensuite. » (Hunter, édit. 1852, p. 534.)

Les purgatifs peuvent, eux aussi, avoir une bonne influence dans le traitement du bubon ; mais, seuls, ils seraient insuffisants. Quoi qu'il en soit, je vous conseille d'avoir recours aux purgatifs et aux vomitifs comme moyens adjuvants ; mais si vous espérez guérir la grande majorité des tumeurs ganglionnaires avec ces seuls moyens, vous aurez de fréquentes et pénibles déceptions.

Les purgatifs et les vomitifs peuvent donc avoir une bonne influence sur la marche du bubon ? Il n'en est pas de même du traitement interne par le mercure. Je vous l'ai dit pour le chancre mou, je vous le répète pour le bubon virulent, son fidèle satellite, n'employez jamais à l'intérieur les préparations mercurielles ; je ne saurais trop insister sur ce point, elles sont nuisibles ; elles prédisposent au phagédénisme, elles ne peuvent avoir qu'une influence fâcheuse, aussi bien sur le bubon virulent que sur le bubon inflammatoire.

C'est donc au traitement local que nous devrons avoir recours.

Traitement local. — En première ligne, nous trouvons les émollients, les cataplasmes et les compresses imbibées d'un liquide mucilagineux. C'est là un traitement illusoire. Les bubons inflammatoires s'améliorent sous l'influence du repos et des cataplasmes ; il y en a même qui peuvent guérir par ces petits moyens ; mais les bubons virulents n'étant jamais modifiés par ce traitement, je trouve dangereux d'y avoir recours.

J'ai peu de confiance dans les applications de glace ou de linges imbibés d'eau blanche. S'il fallait choisir entre ce moyen et les cataplasmes, c'est encore au froid que je donnerais la préférence. La glace est un sédatif puissant qui fait merveille en chirurgie : je traite tous mes opérés par l'eau froide ou par la glace, suivant le degré de la réaction ; mais j'ai dû renoncer à ce moyen dans le traitement du bubon. M. Denis, qui a une vieille expérience, pense que la glace exaspère la maladie.

J'ai essayé les lotions avec la teinture d'iode, et il m'a semblé qu'elles n'étaient pas sans influence sur la marche de l'adénite aiguë. Je dois dire pourtant qu'elles m'ont paru n'avoir sur les ganglions qu'une action proportionnée à celle qu'elles ont sur la peau. Vous savez que, par des applications répétées, on parvient à produire une espèce de vésication. C'est ainsi que l'on modifie l'hydarthrose. Dans ce cas, il peut se faire que la teinture d'iode n'ait pas une action spéciale due à sa composition. Je suis pourtant disposé à croire que, même à travers la peau, elle peut agir de manière à modifier la sécrétion provenant de l'adénite. Son action serait, dans ce cas, semblable à celle que nous l'avons vu exercer sur le pus du chancre. Ces lotions, qui ont été vantées par Richond des Brus, sont encore employées à l'infirmerie de la prison de Saint-Lazare.

La pommade mercurielle a été fort vantée. Hunter la recommandait et Delpech lui attribuait une action puissante. Le chirurgien de Montpellier pensait qu'on peut s'opposer à l'évolution de la vérole en frictionnant la verge, les aines, la vulve, et en faisant ainsi par le mercure une espèce de barrage au virus cheminant dans les lymphatiques.

Longtemps avant Delpech, on avait vanté le traitement mercuriel par les frictions. Hunter dit que ce fut à Belle-Ile, en 1761, que ce mode de traitement du bubon lui fut suggéré.

Il conseille de faire les frictions sur la peau des fesses et au voisinage de l'anus, lorsque l'on traite une femme, à cause du peu de surface qu'il y a entre la vulve et les ganglions inguinaux.

Je fais grand cas de l'opinion de Hunter, et je serais disposé à tenir compte de son assertion, lorsqu'il affirme que l'on arrête la marche du bubon par ce traitement ; mais l'explication de Delpech est loin de me satisfaire. Savons-nous, en effet, si le mercure, quand il est absorbé, suit le trajet des vaisseaux lymphatiques et chemine dans leur intérieur ?

Jusqu'à présent, cette application n'est qu'une hypothèse, et fût-elle autre chose, il faudrait encore prouver l'efficacité de la méthode. Je sais bien que la pommade mercurielle a une action résolutive incontestable dans certaines affections ; je crois qu'elle peut être utile dans les péritonites puerpérales, dans les simples inflammations des séreuses. J'admettrai, si l'on veut, son influence médicatrice sur le bubon inflammatoire ; mais ni l'analogie, ni l'observation clinique, ne me permettent de croire que la virulence du bubon est détruite par le mercure.

Souvenez-vous de la fâcheuse influence de ce médicament sur le chancre non infectant. Comment admettre que le mercure, qui tend à transformer le chancre mou en chancre phagédénique, puisse guérir un bubon qui n'est autre chose qu'un ganglion en voie de se transformer en une large ulcération, en tout semblable au chancre infectant?

On devait attribuer au mercure de grandes vertus pour guérir le bubon, à l'époque où toute adénite coïncidant avec un ulcère des parties génitales, était considérée comme une manifestation d'une infection constitutionnelle; mais, aujourd'hui, que nous regardons comme des accidents locaux, et le chancre inoculable sur le malade lui-même et le bubon qui l'accompagne, nous ne pouvons plus appliquer à cette dernière maladie le traitement qui peut convenir dans le cas d'infection de l'économie tout entière.

Je suis tenté de croire que quelques-uns des malades de Hunter, de Delpech et autres, dont les bubons ont paru se guérir sous l'influence des frictions mercurielles, ont dû avoir cette adénopathie multiple qui n'a aucune tendance à se terminer par suppuration.

J'emploie effectivement contre cette adénopathie symptomatique, soit les frictions mercurielles, soit l'emplâtre de Vigo *cum mercurio,* et je crois, dans ce cas, à l'action résolutive de cette médication ; mais contre le bubon virulent, la pommade mercurielle m'a toujours semblé plus nuisible qu'utile.

Vous voyez que je ne partage pas l'avis de la plupart des praticiens de Paris. Entrez dans un hôpital, dans un service de médecine, et même dans certains services spéciaux de chirurgie, voyez quel est le traitement pour le bubon : applications de sangsues, cataplasmes, frictions d'onguent mercuriel. Quelques-uns ajoutent les emplâtres fondants de ciguë ou de Vigo *cum mercurio.* Suivez le malade et vous verrez les bubons inflammatoires souvent modifiés, s'arrêtant et se guérissant lentement ; les bubons virulents s'ouvrant toujours, fournissant un pus abondant, donnant lieu à des décollements étendus et à des trajets fistuleux qui deviennent de véritables ulcères. Le traitement ne paraît réussir que dans les bubons syphilitiques qui, abandonnés à eux-mêmes, ne suppurent pas une fois sur cent et qui se résolvent sous l'influence du traitement général.

Je ne vous ai parlé que de l'inefficacité du traitement du bubon par le mercure. Je dois ajouter que la stomatite est la conséquence presque inévitable des frictions mercurielles, et que, parfois, la salivation qui en résulte est assez abondante pour constituer une

maladie plus pénible que celle contre laquelle on avait dirigé le traitement.

Fergusson, chirurgien inspecteur des armées de la Grande-Bretagne, préconisait la *compression*. Je l'ai employée quelquefois ; on l'exerce avec des compresses graduées, que l'on maintient à l'aide du spica de l'aîne. Mais ce traitement, dans le cas de bubon inflammatoire, devenant intolérable par les douleurs qu'il cause, ne peut être utile que pour résoudre l'adénite indolente.

J'ai dû renoncer à cette méthode.

M. Sirus Pirondi a proposé une méthode de traitement qui porte son nom. Voici en quoi elle consiste : Un vésicatoire ayant été appliqué sur la peau qui recouvre le bubon, et l'épiderme soulevé par la vésication ayant été enlevé, on badigeonne la surface dénudée avec de la teinture d'iode.

Je n'ai jamais eu recours à ce traitement ; mais mon ami, M. Cullerier, dont l'opinion a pour moi une grande valeur, le déclare très-efficace.

Le procédé de M. Malapert a une grande analogie avec le précédent. Je vais vous l'expliquer en peu de mots : On applique sur le bubon un vésicatoire de la largeur d'une pièce de deux francs : on le laisse huit à dix heures ; l'épiderme est détaché, et on recouvre la plaie avec de la charpie trempée dans la solution suivante :

Sublimé............................	1 gramme.
Eau distillée........................	30 grammes.

Il se produit une escarre superficielle qui ne suppure pas, et peu à peu le bubon disparaît. Ce traitement est fort douloureux, et je ne vous engage pas à y avoir recours. MM. Malapert et Regnault prétendent avoir vu, au moment où l'escarre se détachait, une sorte de *transpiration purulente*. Le fait est réel : il ne s'agit pas, comme vous pouvez bien le penser, d'une sécrétion purulente des conduits sudoripares ; mais le pus se fait jour par des pertuis, et le mot transpiration exprime une opération analogue à la filtration du mercure à travers une peau de chamois.

Les bubons peuvent être ponctionnés avant que les ganglions aient suppuré, ou bien lorsqu'ils contiennent du pus en quantité plus ou moins considérable. Dans le premier cas, les ponctions sont dites *abortives* ; dans le second, elles sont *évacuatrices*.

Ponctions abortives. — Dans un article de la Gazette médicale, M. Aubry a cherché à prouver que l'on peut, par des ponctions multiples, s'opposer à la suppuration des bubons [1]. Dans cette

[1] Gazette médicale, 1840.

méthode, on ponctionne de bonne heure avec une lancette que l'on enfonce jusqu'au milieu du ganglion dont on tâche, en plusieurs points, de diviser la coque fibreuse. Outre que ce traitement est fort douloureux, il a l'inconvénient d'épouvanter les malades. Il en est peu qui acceptent une opération semblable, tant qu'ils conservent l'espoir de voir leur bubon ne pas s'ouvrir. Du reste, M. Aubry conseille ce procédé pour les ganglions indurés, et, en 1840, époque à laquelle il écrivait, on ne connaissait pas la doctrine des deux chancres.

M. Broca a conseillé les ponctions évacuatrices comme moyen abortif : « Dès que la tumeur naissante, dit-il, a acquis le volume d'une petite noisette, on la saisit entre deux doigts de la main gauche, de manière à fixer à la fois la peau et le ganglion, et on plonge directement un bistouri jusqu'au centre du ganglion. Sans lâcher prise, on retire le bistouri, qu'on remplace par une sonde cannelée. Alors on exerce une forte pression latérale sur la petite tumeur. On voit bientôt glisser dans la cannelure de la sonde une matière semi-liquide jaunâtre, visqueuse ; c'est le pus encore mal élaboré qui existait au centre du ganglion. Il y en a quelquefois fort peu, mais j'en ai toujours trouvé une quantité appréciable, quelque précoce, du reste, que fût l'opération. On exprime la tumeur jusqu'au sang, afin d'être bien certain de n'y pas laisser de pus. S'il existe plusieurs ganglions engorgés, on les vide ainsi successivement dans une seule séance par autant de ponctions distinctes. »

Le lendemain et les jours suivants, on écarte les bords de l'ouverture pour donner issue au pus et pour faire une injection de teinture d'iode.

M. Broca a publié treize observations de bubon traité de cette manière, et, dans aucun cas, il n'a vu la plaie se transformer en chancre.

Ce traitement peut bien être efficace, mais je le crois très-douloureux, puisque M. Broca parle d'un malade qui poussait de véritables hurlements. Comme le procédé précédent, il ne doit pas être accepté par tout le monde. Je pense qu'il faut prendre en grande considération l'appréhension des malades.

Il me reste à vous parler de l'ouverture du bubon dans le seul but d'évacuer le pus. L'opportunité de cette ouverture n'est pas appréciée de la même manière par tous les auteurs. Hunter dit à ce sujet : « Lorsqu'on juge convenable d'ouvrir un bubon, il faut laisser la peau s'amincir autant que possible. Le grand avantage qu'on retire de cette temporisation, c'est que les téguments étant devenus

très-minces perdent leur disposition à se cicatriser ; de sorte qu'il y a plus de chances pour que le fond de l'abcès se cicatrise en même temps que les parties superficielles. » (Hunter, p. 540.)

Avant Hunter, Astruc n'avait pas été moins explicite : « Nonobstant les marques évidentes de pus, dit-il, il ne faut pas trop se presser d'ouvrir le poulain, mais attendre que la suppuration ait consumé la plus grande partie ; car, comme les callosités se trouvent détruites par ce moyen, la cure en sera plus prompte et plus heureuse. » (P. 289.)

Vous le voyez, Hunter et Astruc veulent la complète suppuration du ganglion : ils traitent le bubon comme on traite les autres suppurations ganglionnaires en chirurgie. C'est ainsi qu'on laisse suppurer les adénites de l'aisselle, les ganglions scrofuleux du cou. Hunter craignait les trajets fistuleux. Astruc voulait qu'on laissât la peau s'amincir et se détruire, pour pouvoir aller plus facilement attaquer « les callosités du fond de la plaie. » Tous les deux négligeaient la cicatrice, terrible pour l'homme, encore plus redoutable pour la femme, qui n'a pas comme lui l'excuse d'un coup de sabre dans le flanc.

Quand on s'est résolu à ouvrir le bubon, divers procédés peuvent être employés. Hunter recommandait de consulter le goût du malade. Je crois que le choix appartient au chirurgien, qui, avant de se décider, prendra en considération la douleur, et la promptitude de la guérison. Hunter donnait la préférence à la potasse caustique ; j'aime mieux la pâte de Vienne, ou la pâte de Canquoin, composée de chlorure de zinc et de farine. Astruc préfère le caustique au bistouri. S'il nous fallait choisir entre ces deux moyens, nous préférerions de beaucoup le dernier.

Vidal (de Cassis) et M. Denis préconisent les ponctions multiples. Comme eux, j'y aurais recours, si j'avais à ouvrir un bubon. Quand on ne fait qu'une ponction, la pression de l'air sur la plaie s'oppose à l'écoulement du pus. Une contre-ouverture me semble utile, mais en tous cas elle est indispensable dans ceux où, suivant une expression de M. Ricord, le bubon ressemble à un puits artésien, tant est considérable la quantité de pus qui s'en écoule.

M. Bonnafont a proposé le sétou filiforme. Nous rejetons cette méthode, qui entretient un trajet fistuleux et s'oppose à la fermeture d'une plaie qui a naturellement peu de tendance à se guérir.

Lorsque vous avez lieu de soupçonner la virulence du bubon, vous devez panser la plaie comme nous l'avons indiqué pour le

chancre. Vous vous souvenez sans doute que j'ai donné la préférence à la charpie imbibée de vin aromatique.

Permettez-moi, pour réparer une omission, d'indiquer un liquide que M. Rodet emploie comme moyen abortif dans le traitement du chancre. J'ai employé ce moyen dans mon service, et, s'il n'a pas été toujours héroïque, au moins, dans quelques cas, il m'a semblé modifier heureusement la marche de l'ulcère non infectant.

Voici la composition de ce liquide :

Pr.	Acide chlorhydrique................	4 grammes.
	Acide citrique......................	4 grammes.
	Perchlorure de fer.................	4 grammes.
	Eau distillée.......................	32 grammes.

Avec un pinceau imbibé de ce mélange on barbouille le chancre plusieurs fois par jour. Les bubons virulents, devenant de véritables chancres quand ils sont ouverts, doivent être pansés, soit avec ce liquide, soit avec le vin aromatique, soit avec la teinture d'iode, qui n'est pas moins efficace pour combattre la virulence.

Vésicatoires multiples. — Je vous ai déjà parlé bien longuement du traitement de l'adénite aiguë. J'ai gardé pour la fin une méthode que je crois le moyen le plus sûr pour faire avorter les bubons; elle consiste dans l'application de vésicatoires coup sur coup. J'avais déjà eu recours à ce traitement, lorsque je remplaçai Vidal à l'hôpital du Midi, il y a six ou sept ans.

Les vésicatoires que j'applique ont des dimensions de 15 à 20 centimètres en long et en large. Le plus souvent le premier vésicatoire est insuffisant; dès qu'il est sec, j'en applique un second et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de liquide dans le ganglion. Je recommande de laisser l'épiderme se recoller.

A l'hôpital du Midi, j'avais vu la peau se détruire largement sous le vésicatoire, et la plaie résultant de cette destruction marcher, à ma grande surprise, à une très-rapide guérison.

Jamais, chez les femmes, je n'ai été témoin de faits semblables.

Je puis vous dire en toute assurance que les vésicatoires coup sur coup sont un puissant moyen abortif, arrêtant la suppuration d'un bubon, quelle que soit sa nature, quelle que soit sa période, pourvu qu'il ne soit pas ouvert.

L'efficacité de cette méthode n'est mise en doute par aucun de mes élèves. J'ai moi-même été souvent étonné des succès que j'ai obtenus. J'ai vu des malades qui entraient à l'hôpital avec un bubon qui s'était ouvert spontanément, et un autre sur le point de s'ouvrir. L'ouverture d'un premier bubon dont la virulence était consta-

tée permettait de supposer que le second était de même nature, surtout quand celui-ci, contenant une masse énorme de pus, n'était plus recouvert que par une peau mince, rouge, luisante ; eh bien ! dans ces cas-là, j'ai vu constamment, depuis que je suis à Lourcine, le pus diminuer de quantité sous l'influence des vésicatoires, la peau s'épaissir par sa face profonde, et le bubon se terminer enfin par résolution.

J'ai à l'appui de mon traitement un grand nombre d'observations recueillies par mes élèves. Je ne pouvais vous les communiquer : j'ai dû me borner à vous indiquer les résultats obtenus.

Le plus souvent, le bubon s'affaisse, et le pus qu'il contient se résorbe, sans qu'il en sorte une goutte. J'ai parfois été témoin d'une sorte de transsudation purulente, qui m'a rappelé les faits observés par Malapert. Dans ce cas, si l'on ne regardait pas attentivement, on pourrait croire que le pus qui recouvre la surface dénudée provient de la couche superficielle du derme, comme on l'observe toutes les fois qu'un vésicatoire suppure. Mais quand on étudie avec soin les effets du traitement, on dirait que le pus provient de la profondeur du bubon, et qu'il en sort à la manière du mercure qui traverse une peau de chamois.

Dans quelques cas plus rares, une seule ouverture très-petite permet au pus de s'écouler. Le bubon se vide par le pertuis avec une rapidité incompréhensible.

Nous avons souvent employé les vésicatoires multiples dans nos salles ; nous avons pu, dans les cas de bubons doubles, faire la comparaison des traitements : deux bubons virulents, parus le même jour, à la même période de suppuration, sont traités, l'un par l'emplâtre de Vigo ou tout autre résolutif, l'autre par les vésicatoires. Le premier s'ulcère, se creuse, la peau se décolle, des trajets fistuleux se produisent, tandis que le second cède en quelques jours au traitement par les vésicatoires multiples.

En résumé, je crois que les bubons, qu'ils soient inflammatoires ou virulents, peuvent guérir sans suppuration ; je crois qu'il n'est jamais trop tard pour empêcher l'ouverture de l'abcès. Je repousse les saignées locales et générales, je regarde le traitement mercuriel local comme adjuvant dans les bubons inflammatoires, et je rejette comme nuisible le traitement mercuriel à l'intérieur. N'ouvrez donc pas les bubons, que ce soit par le bistouri ou par les caustiques ; employez, soit la méthode de Pirondi, soit la mienne qui est moins douloureuse, et vous conjurerez l'ouverture des bubons. Si vous arrivez trop tard, quand le bubon n'est plus qu'une vaste ulcé-

ration chancreuse, agissez à l'aine comme vous eussiez agi à la vulve; modifiez ce chancre mou, et, pour cela, employez les modificateurs puissants qui agissent sur cette espèce de chancre. C'est, je vous l'ai déjà répété bien souvent, la teinture d'iode, ou la charpie, soit imprégnée du liquide de Rodet, soit imbibée de vin aromatique, en ayant soin de renouveler fréquemment les pansements.

Si vous avez recours au traitement par les vésicatoires, n'oubliez pas qu'il en faudra plusieurs. Vous laisseriez votre œuvre inachevée, et vous donneriez au pus le temps de se faire jour au dehors, si vous ne vous pressiez pas d'appliquer un second vésicatoire dès que le premier est sec. Il en faut quelquefois quatre ou cinq pour obtenir une guérison complète; mais le malade est largement payé de sa peine quand il se voit guéri sans la moindre cicatrice qui soit de nature à éveiller des soupçons.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules pour l'usage interne du chloroforme, de l'éther, du camphre et des huiles essentielles.

Quoique la glycérine constitue à nos yeux le meilleur véhicule du chloroforme et des huiles essentielles, nous n'en devons pas moins faire la mention des formules qu'un pharmacien distingué, M. Am. Vée, vient de publier dans l'Union médicale, car la glycérine pure ne se trouve pas encore dans toutes les officines. Voici sa note :

Le chloroforme, l'éther, l'essence de térébenthine, les mixtures de Whit et de Durande, toutes les huiles volatiles, le camphre, sont souvent introduits dans des potions où ils ne se dissolvent pas. Ces médicaments, suivant leur densité, surnagent ou se précipitent au fond du flacon ; lorsqu'ils sont liquides, ils se réunissent en gouttelettes qu'une forte agitation ne divise qu'imparfaitement, et qui se reforment pendant le temps nécessaire pour verser la potion de la fiole dans une cuiller. Aussi le malade prend-il souvent la plus grande partie du chloroforme dans les dernières cuillerées de potion, la plus grande partie des substances plus légères que l'eau dans les premières; cet inconvénient disparaîtrait, si l'on pouvait émulsionner ces médicaments. Seuls, ils ne peuvent pas l'être; mais la propriété qu'ils possèdent de se dissoudre dans les huiles fixes, donne toute facilité pour les introduire dans une potion émulsive.

Dans la formule suivante, je prends le chloroforme pour exemple; mais on peut lui substituer un des médicaments cités plus haut, et en telle proportion qu'on voudra, pourvu qu'on ait soin d'augmenter la quantité d'huile d'amandes douces et de gomme, dans le cas où la dose serait portée au delà de 4 grammes.

Chloroforme...........................	Q. V.
Huile d'amandes douces................	15 grammes.
Gomme arabique pulvérisée..............	10 grammes.
Eau distillée, simple ou aromatique......	100 grammes.
Sirop simple ou médicamenteux..........	25 grammes.

Dissolvez le chloroforme dans l'huile, émulsionnez rapidement pour éviter sa volatilisation.

Ce moyen est le seul qu'on puisse employer pour mettre en suspension intime le chloroforme, l'éther, les huiles essentielles, sans introduire dans la potion de substance avec l'action physiologique de laquelle il faudrait compter, comme l'alcool. Pour le camphre, il équivaut à l'emploi du jaune d'œuf, avec l'avantage de ne pas donner à la potion une saveur qui déplaît souvent, et d'être toujours facile à exécuter pour le pharmacien, qui pourrait, la nuit et dans un cas pressé, ne pas avoir d'œufs à sa disposition.

Sirop de chloroforme.

La faveur dont jouit le sirop d'éther donne à penser qu'un sirop de chloroforme pourrait rendre des services. On pourrait le préparer comme le sirop d'éther, c'est-à-dire en agitant du chloroforme avec du sirop simple. Je me suis assuré, dit M. Am. Vée, qu'on obtient ainsi un sirop limpide, chargé d'une quantité de chloroforme notable, mais qu'on ne peut pas apprécier avec exactitude, ce qui n'est pas indifférent. La préparation suivante est, au contraire, dosée avec toute la rigueur désirable :

Pesez 10 grammes de chloroforme, dissolvez-les dans 60 grammes d'huile d'amandes douces, ajoutez 40 grammes de gomme; émulsionnez avec 350 grammes d'eau, et faites dissoudre dans l'émulsion, à froid et en vase clos, 540 grammes de sucre.

On obtient ainsi un sirop semblable par l'aspect au sirop d'orgeat, blanchissant l'eau comme lui, très-stable, et contenant exactement le centième de son poids de chloroforme.

Nouvelles formules pour l'administration du copahu.

Depuis l'introduction du copahu dans la thérapeutique des affections des voies urinaires et surtout de la blennorrhagie, dans la-

quelle le médicament doit être donné à hautes doses et longtemps continué, les recherches des pharmacologistes se sont portées sur celles des substances qui devaient ou enlever au copahu son odeur et sa saveur désagréables, ou assurer sa tolérance par le ventricule gastrique. A ce titre, les deux formules que publie M. Favrot, et dont M. Ricord a expérimenté la valeur, se recommandent à l'attention des praticiens :

Capsules de copahu et de goudron.

Baume de copahu..................	220 grammes.
Goudron de Norvége...............	20 grammes.
Magnésie calcinée.................	18 grammes.

Mêlez selon l'art.

Cette masse est pour 400 capsules, que l'on recouvre de gélatine par le procédé ordinaire. La dose est de 15 capsules par jour.

La proportion du goudron qui entre dans ces capsules, dit M. Favrot, produit un singulier résultat ; c'est qu'elle dissimule complétement l'odeur et la saveur du baume de copahu ; de plus, l'odeur et la saveur qui sont propres au goudron lui-même sont complétement atténuées ; de sorte que les capsules ont à peine l'odeur du goudron.

Capsules de copahu et de pepsine.

Baume de copahu..................	270 grammes.
Pepsine neutre....................	60 grammes.
Sous-azotate de bismuth............	12 grammes.
Magnésie calcinée..................	18 grammes.

Mêlez selon l'art.

Cette masse est pour 600 capsules, que l'on recouvre de gélatine par les procédés ordinaires. La dose est de 15 à 18 capsules par jour.

Capsules de copahu et de matico.

La formule suivante due à M. Grimault nous paraît réaliser un progrès plus marqué ; l'association du matico n'enlève pas seulement au copahu sa saveur et son odeur spéciales ; mais, ce qui est plus précieux encore, augmente son efficacité, surtout dans les cas d'écoulements chroniques. Du moins, c'est ce que nous avons observé dans les essais auxquels nous nous sommes livré et que nous avons répétés à l'hôpital des vénériens, dans le service de M. Cullerier. MM. les docteurs Schuster et Favrot ont constaté les mêmes résultats.

Voici cette formule :

Pr. Baume de copahu............	100 grammes.
Essence de matico............	5 grammes.
Magnésie calcinée............	Q. S.

Pour 100 bols recouverts de gluten d'après le procédé Raquin. Chacun d'eux contient 1 gramme de copahu et 5 centigrammes d'huile essentielle de matico, partie la plus active de la plante.

Notre collaborateur, M. Dorvault, a publié dans ce journal (t. XLII, p. 70) un article intéressant sur ce médicament, dont l'étude thérapeutique a été trop négligée en France.

Electuaire de cubèbe, de copahu et de matico.

Les préparations les plus efficaces et les plus employées aujourd'hui pour combattre la blennorrhagie étant les électuaires résultant de l'association du cubèbe et du copahu, nous n'hésitons pas à conseiller l'expérimentation de la formule suivante :

Copahu.....................	30 grammes.
Cubèbe.....................	45 grammes.
Essence de matico..........	2 grammes.
Sucre en poudre.............	Q. S.

à prendre en trois jours, enveloppé dans du pain azyme. Nous rappelons aux praticiens que chaque dose quotidienne doit être fractionnée au moins en quatre prises, de façon à maintenir constamment les urines médicamenteuses. Debout.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cas de cataracte double congénitale opérée avec succès à l'âge de dix-huit ans.

En attendant que j'aie le loisir de rédiger mes nouvelles observations sur les bons effets de l'emploi de l'arnica et de l'aconit dans le traitement de la cataracte, permettez-moi de vous adresser le récit de l'une des dernières cures que j'ai été appelé à tenter. Les cas de cataractes congénitales, opérées après l'époque de la puberté, ne sont pas d'ailleurs si communs que chacun d'eux ne mérite une mention particulière. Voici le fait :

Mlle Louise A***, de Montpezat, âgée de dix-huit ans, est une fraîche et jolie personne qui a eu le malheur de naître avec une double cataracte et d'appartenir à une famille qui ajoutait foi au

stupide préjugé que l'établissement du flux menstruel pourrait amener la guérison spontanée de la cécité de leur enfant. Lorsque l'évolution de la puberté se fut accomplie, les parents voyant que l'apparition des règles n'apportait aucune modification à l'état de la vue de leur fille, se décidèrent enfin à me consulter. Quels ne furent pas leurs regrets, lorsque je leur appris qu'à dix ou douze mois l'opération aurait eu autant, pour ne pas dire plus de chances de réussir qu'à l'âge de dix-huit ans, et qu'ils avaient perdu en outre un temps précieux pour l'éducation de leur enfant! Heureusement que cette jeune fille est douée d'une grande intelligence et acquerra rapidement les diverses connaissances qui sont du ressort exclusif des yeux.

Le 5 octobre 1860, assisté de M. L. Mure, j'opère par dépresso-réclinaison (1) les deux yeux de Mlle Louise. Les cataractes étant siliqueuses, ce n'est pas sans quelque difficulté que je parviens à maintenir immergés dans l'humeur vitrée les deux feuillets de la capsule opacifiée ; sans cesse ils tendaient à remonter dans le champ de la pupille. Afin de prévenir les effets du traumatisme provoqué par l'aiguille, je soumis ma malade à l'usage de l'arnica et de l'aconit, administrés alternativement suivant ma méthode. Le calme est parfait; un sommeil de quatre heures, pendant la première nuit, est accompagné d'une douce moiteur de la peau. Les deux jours suivants, le pouls est lent et déprimé, puis il reprend progressivement sa force et son rhythme normaux.

Il m'est impossible de dépeindre la joie et l'étonnement qu'éprouve l'opérée à la première levée du bandeau (le huitième jour). Je constate alors l'état suivant : La pupille gauche est nette et complétement libre ; mais la droite est de temps en temps obstruée par la cataracte, qui flotte dans la chambre postérieure et produit le phénomène d'une vision intermittente. Je compte sur une résorption prompte à cet âge, et si, contre mon attente, il en était autrement, j'aurais recours à l'extraction au moyen de l'ingénieuse serre-tête de M. Charrière.

---

(1) Sous la dénomination de dépresso-réclinaison nous entendons désigner un procédé mixte de l'abaissement auquel nous associons la dépression de la cataracte avec sa réclinaison ; c'est-à-dire qu'avant de faire basculer la lentille dans la partie inférieure externe du corps vitré, nous avons soin de l'abaisser un peu verticalement jusqu'à l'apparition d'une lacune semi-lunaire dans le cinquième supérieur de la pupille. Par ce procédé, nous avons pour but de prévenir, pendant l'exécution du déplacement de la cataracte, soit la procidence du cristallin dans la chambre antérieure, soit la compression trop immédiate de la rétine et de la choroïde.

Disons un mot, maintenant, des phénomènes curieux, ou plutôt des aberrations étranges que nous a présentées ce sens de la vue se mettant en relation, pour la première fois, avec le monde extérieur. La première impression de la lumière produisit une sensation si vive, que les yeux furent pris de mouvements convulsifs, et ce n'est qu'après avoir établi un demi-jour dans la chambre et après de nombreuses oscillations, que les globes oculaires finirent par obtenir et conserver leur équilibre normal.

Lorsque l'appareil de la vision se fut accoutumé à l'impression de la lumière, je tentai quelques expériences et j'observai les faits suivants : Lorsqu'on présente à Mlle Louise un objet quelconque, elle ne peut en apprécier ni la forme, ni la couleur ; elle est obligée, pour en dire le nom et en déterminer l'usage, de mettre à contribution le sens du toucher. Les lois de l'accommodation visuelle sont complétement perdues pour elle ; aussi juge-t-elle si mal les distances qu'elle porte constamment la main au delà de l'objet qu'elle veut saisir. De plus, cette demoiselle a tellement l'habitude de faire usage du sens du toucher, pour suppléer celui de la vue, que, même après lui avoir désigné le nom de l'objet, elle éprouve le besoin de le saisir, de le manipuler dans tous les sens, comme pour mieux en graver dans sa mémoire la configuration, ainsi que les points caractéristiques qui le différencient de tous les autres. Dès qu'un objet a été soumis à ce double contrôle, il reste gravé dans la mémoire, et Mlle Louise peut le nommer à l'aide du secours exclusif des yeux, même quatre et cinq jours après une première épreuve. Nous ne doutons pas que l'éducation, encore toute à faire, du sens de la vue, ne soit bientôt complète, grâce à l'aide des notions que lui fournit le sens si développé du toucher. M. le docteur Roux, de Viviers, a été témoin de quelques-unes de ces expériences dans le parloir du couvent du Bourg, où il était venu voir sa sœur.

Je regrette que le départ précipité de mon opérée, qui était impatiente de retourner près de ses parents, ne m'ait pas permis de poursuivre mon étude et de la compléter. AM. CADE, D. M.

à Bourg-Saint-Andéol (Ardèche).

BULLETIN DES HOPITAUX.

EXEMPLES DE LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE. — Nous avons exposé dans nos dernières livraisons les principes d'après

lesquels M. Bennett dirige le traitement de la phthisie pulmonaire. Nous avons également indiqué d'une manière générale les résultats qu'il est possible d'obtenir, grâce à l'application attentive de ces principes. Il nous reste à placer sous les yeux de nos lecteurs le résumé de quelques-uns des faits rapportés par le professeur d'Edimbourg, et nous faisons choix pour cela des observations dans lesquelles les malades ont été suivis pendant une plus longue période. Il nous suffira d'ailleurs d'en esquisser à grands traits la caractéristique, négligeant à dessein les détails du traitement qui n'ajouteraient rien à ce qu'on connaît déjà.

Obs. I. *Tuberculose pulmonaire avancée en* 1842. — *Caverne et infiltration du sommet droit.— Hémoptysies en* 1843. — *Guérison en* 1846. — *Santé bonne en* 1859. — Etudiant en médecine, âgé de vingt ans. Toux fréquente, expectoration purulente, amaigrissement, sueurs nocturnes, appétit capricieux depuis plusieurs mois. Première consultation en automne 1842 : matité, bronchophonie et râle muqueux sous la clavicule droite ; sous la gauche, inspiration rude, expiration prolongée; pouls fréquent, langue chargée, soif assez vive, appétit très-médiocre.

Pendant l'hiver (1842-1843), grâce au séjour continuel dans un appartement convenablement chauffé et à l'usage assez régulier de l'huile de foie de morue, amélioration de la santé générale, retour des forces ; persistance d'une expectoration visqueuse et purulente ; disparition des râles muqueux.

A la suite d'imprudences commises au mois de mai (excès alcooliques, sortie par un temps froid), recrudescence fébrile, respiration anxieuse, râles crépitants et muqueux dans le tiers supérieur du poumon droit. (Repos, émétique, opium à fortes doses souvent répétées.) La fièvre se calma au bout de quelques jours ; persistance des râles humides dans le poumon droit et d'une expectoration abondante ; retour des sueurs nocturnes. En outre, aversion tenace pour toute espèce d'aliments. On combattit inutilement l'anorexie par les moyens les plus variés, et au mois de juin, le malade était dans un état beaucoup plus grave qu'à la première consultation. Il ne pouvait se tenir debout pendant quelques instants sans éprouver une fatigue extrême, l'amaigrissement était excessif.

On reprit l'administration de l'huile de foie de morue, additionnée d'huile de pied de bœuf, et ce traitement fut suivi d'une amélioration manifeste. Au mois d'août, les râles humides avaient complétement disparu et étaient remplacés par un souffle lointain, accompagné d'une bronchophonie intense. Le poumon gauche restait

dans un état stationnaire. Le malade pouvait prendre du mouvement et il alla faire un séjour à la campagne.

Il revint à Édimbourg, au mois de novembre 1843. Pas de modification locale appréciable depuis le moment de son départ; état général un peu plus satisfaisant. Il passa l'hiver dans son appartement. En janvier 1844, bruit de frottement ou de craquement au sommet droit.

En février, hémoptysie abondante : au sommet du poumon droit, bruit de cuir, souffle, expiration prolongée, bronchophonie. Il était probable que les excavations étaient en voie de rétraction, et que la rupture de quelques vaisseaux en avait été la conséquence. Pendant quatre mois, les hémoptysies, peu abondantes d'ailleurs, se reproduisirent assez fréquemment. Le malade se sentait d'ailleurs, par moment, extrêmement oppressé; cette dyspnée céda, ainsi que les hémoptysies, vers le mois de juin, quand le malade put reprendre l'exercice en plein air. Il reprit à cette époque ses études, interrompues jusque-là.

Examen de la poitrine au mois de juillet. Sous la clavicule droite, matité moins intense que précédemment, bruit de frottement intense, masquant complétement le murmure respiratoire, persistance de la résonnance vocale. A gauche, un peu de rudesse de l'inspiration et d'allongement de l'expiration; toux médiocrement fréquente; expectoration épaisse.

Après un nouveau séjour à la campagne, il revint à Édimbourg en novembre 1844, et il persista à vouloir continuer ses études. A la suite des fatigues qu'il s'imposa et de quelques imprudences, il eut, en janvier 1845, des accidents très-analogues à ceux qu'il avait éprouvés en mai 1843, et, en outre, de la diarrhée, qui ne dura cependant que quelques jours. A la suite de ces accidents, il se retrouvait, en février, à peu près dans le même état que trois ans auparavant. Grâce à des soins assidus, il revint vers le mois de mai à l'état où il se trouvait au commencement de l'hiver.

A cette époque, la région sous-claviculaire droite commençait à s'aplatir légèrement. Tous les râles humides avaient disparu, on n'entendait le bruit de frottement qu'à la fin des inspirations profondes; la matité et la bronchophonie étaient toujours très-prononcées.

L'été se passa assez bien, quoique le malade eût repris ses études et passé ses examens à Londres. M. Bennett le revit au mois d'août 1846. La matité était moins intense et moins étendue sous la clavicule droite; le bruit respiratoire y était rude, mais il avait perdu

le caractère soufflant; expiration prolongée et accompagnée de râles sibilants; résonnance vocale toujours très-prononcée. Le malade était encore pâle et amaigri, mais il pouvait se livrer à un exercice assez fatigant. La toux était rare, l'expectoration nulle : trois petites concrétions calcaires avaient été expectorées.

Ce jeune homme s'établit à cette époque comme praticien dans un des comtés centraux d'Angleterre. M. Bennett le revit sur la fin de l'année 1849, et depuis cette époque son état est excellent. Il ne tousse plus, l'expectoration est nulle, la respiration très-libre. La poitrine est très-sensiblement aplatie sous la clavicule droite; la matité persiste, mais moins intense et plus limitée que précédemment. Le murmure respiratoire est presque nul au sommet; un peu plus bas, on entend de l'expiration prolongée, qui se perd insensiblement dans le bruit respiratoire normal. Le résonnance vocale est toujours très-prononcée; le poumon gauche est sain; l'appétit est bon, et l'état des forces permet un exercice considérable. Ce médecin a actuellement (en 1859) trente-deux ans.

Obs. II. *Phthisie pulmonaire héréditaire. — Infiltration et ramollissement du sommet droit, affection légère du poumon gauche en* 1843. — *Hémoptysies et persistance des signes physiques jusqu'à* 1847; *puis, amélioration. — Guérison en* 1850. — *Bonne santé en* 1859. M. B***, fils d'un père mort phthisique, âgé de dix-neuf ans, consulta M. Bennett au printemps de l'année 1843. Il avait depuis longtemps une toux opiniâtre avec expectoration; il était pâle, amaigri, très-faible; point d'appétit, sueurs nocturnes; matité, râles muqueux et crépitants, bronchophonie dans le tiers supérieur du poumon droit. Inspiration un peu rude au sommet gauche. Il resta dans un état à peu près semblable pendant plusieurs années, avec de nombreuses oscillations en bien et en mal. Dans l'été 1847, affaiblissement extrême, expectoration abondante, sanguinolente; matité, râles muqueux, craquements et frottement au sommet droit. Rien de nouveau du côté gauche. Le malade se met, pour la première fois, à l'usage persévérant de l'huile de foie de morue, et son état s'améliora dès lors progressivement. En novembre, tous les râles humides avaient disparu et étaient remplacés par un souffle sec sous la clavicule droite, avec bronchophonie intense. Le malade avait pris des forces, il faisait de longues promenades, il chantait sans fatigue. Un jour, il expectora une concrétion calcaire du volume d'un pois. En 1848, il commença son cours de médecine et il le continua pendant quatre ans, et sans qu'il se fatigât beaucoup. Sa santé alla sans cesse en s'améliorant. Santé

excellente en 1850 et 1852. Il entre alors dans le corps de santé militaire, et, en 1859, la guérison ne s'était pas démentie. Dans ce cas, les effets avantageux de l'huile de foie de morue avaient été extrêmement frappants.

Obs. III. *Tubercules ramollis au sommet droit en* 1843. — *Guérison avec un peu d'emphysème.* — *Santé bonne en* 1859. M. B***, chimiste, présentait, en 1843, à une première consultation, de la toux, de la dyspnée, des crachats purulents, un affaiblissement et un amaigrissement progressifs. Sous la clavicule droite, matité, râles sous-crépitants à l'inspiration, expiration prolongée et accompagnée de râles sibilants, bruits de frottement, bronchophonie. Rien dans le poumon gauche, grâce à l'usage régulier de l'huile de foie de morue et à des révulsifs appliqués sous la clavicule droite; il y eut une amélioration sensible pendant neuf mois. Plus tard, diarrhée fréquente, retours répétés de la toux et des douleurs dans la poitrine. En 1850, il dit éprouver parfois une sensation de constriction à la partie supérieure du poumon; essoufflement facile; matité moindre sous la clavicule; bronchophonie persistante. Du reste, la santé générale était satisfaisante.

Le 6 septembre 1853, il y avait encore un peu de matité sous la clavicule, avec affaiblissement de l'inspiration et prolongement de l'expiration. M. B*** s'essoufflait encore facilement quand il prenait de l'exercice, mais il se portait du reste assez bien. M. Bennett revit fréquemment ce malade, et il put suivre pas à pas la guérison de la lésion pulmonaire. Voici dans quel état se trouvait M. B***, le 5 octobre 1859: Sous le milieu de la clavicule droite, dans une très-petite étendue, l'inspiration était rude, la résonnance vocale exagérée. Tout autour, la percussion donnait un son satisfaisant. Le poumon gauche était seulement un peu emphysémateux (son exagéré à la percussion et léger prolongement de l'expiration). Les vapeurs irritantes que M. B*** respirait dans son laboratoire occasionnaient parfois des accès d'asthme, et tout exercice un peu violent s'accompagnait également de dyspnée, mais, à tout autre égard, la santé était excellente.

De l'atrophie congénitale de la machoire inférieure. — Le développement incomplet du maxillaire inférieur, sans autre anomalie de cet os, est un fait que l'on rencontre souvent chez les animaux; chez l'homme, ce vice de conformation paraît plus rare. Il a été cependant observé par Schubarth, Otto, Béclard, Geoffroy Saint-Hilaire, Vrolik, ; mais, dans tous ces cas, il s'agit presque invaria-

blement d'enfants mort-nés ou n'ayant vécu que quelques instants.

Moschner a cité un cas d'atrophie congénitale du maxillaire inférieur qui rendait l'allaitement naturel impossible. Il en a été de même dans un cas communiqué récemment à la Société de médecine de Saint-Etienne, par M. le docteur Maurice. L'enfant fut présenté à ce médecin huit jours après la naissance. Le menton était enfoncé, au lieu d'être saillant ; l'arcade alvéolaire inférieure, rapprochée de la supérieure, se tenait à environ 1 centimètre en arrière d'elle. En pressant derrière les angles de la mâchoire pour la pousser en avant, on pouvait bien la rapprocher de la supérieure jusqu'à 4 ou 5 millimètres, mais il était impossible de l'amener au contact. Lorsqu'on mettait le doigt dans la bouche de l'enfant, il se mettait aussitôt à exercer sur lui des mouvements de succion très-énergiques : il ne pouvait cependant téter sa mère ; la brièveté de la mâchoire inférieure ne lui permettait pas de saisir et de presser entre les arcades alvéolaires les mamelons de sa mère, beaucoup trop courts, bien que cependant ils fussent plus développés qu'ils ne le sont d'habitude chez les primipares nourrices. M. Maurice conseilla d'allaiter l'enfant au biberon, en attendant qu'on pût trouver une nourrice ayant les mamelons assez longs pour que l'enfant pût les saisir, et, au cas où on n'en aurait pas trouvé, de le faire allaiter par une chèvre. Le mère n'en persista pas moins à vouloir allaiter elle-même son enfant, et, à l'en croire, elle y serait parvenue en faisant saillir fortement son mamelon par la pression des doigts, et en le présentant à l'enfant, non pas au niveau de la bouche, mais vers les côtés. Quoi qu'il en soit, l'enfant succomba au bout de quelques jours.

Dans les cas décrits par Vrolik, le maxillaire inférieur, atteint de petitesse congénitale, était également situé plus en arrière que ne le comportaient même ses dimensions réduites. Cette situation vicieuse était due à un développement exagéré des grandes ailes du sphénoïde, qui avait pour conséquence un déplacement en arrière des temporaux et des cavités glénoïdes. Sur l'une de ces pièces, appartenant à un enfant nouveau-né, le maxillaire inférieur était formé par une pièce osseuse unique ; il est donc possible que le vice de conformation en question soit dû, en partie au moins, à une ossification prématurée du maxillaire inférieur.

L'atrophie congénitale du maxillaire peut cependant ne pas entraîner la mort de l'enfant ; nous en trouvons la preuve dans l'observation suivante due au professeur Langenbeck (de Berlin), et dont nous empruntons la traduction aux Archives de médecine.

Obs. *Atrophie congénitale et immobilité de la mâchoire inférieure; rétablissement des mouvements par la section des deux apophyses coronoïdes.* — Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, consulta M. Langenbeck en 1853, pour une immobilité presque complète du maxillaire inférieur. Dès le moment de la naissance, cet os était incomplétement développé et se trouvait débordé en avant par le maxillaire supérieur, de telle manière que l'allaitement naturel était rendu impossible. On remarqua, en outre, que les cris de l'enfant s'accompagnaient d'un moindre écartement des mâchoires que chez un sujet bien conformé. Les mouvements de la mâchoire inférieure diminuèrent ensuite progessivement d'étendue, et, en 1853, ils étaient tellement limités que l'ingestion des aliments solides était devenue impossible. Ce jeune homme pouvait encore faire jouer légèrement le maxillaire inférieur dans ses articulations, qui n'étaient par conséquent pas ankylosées. M. Langenbeck tenta la section sous-cutanée des deux masséters, après avoir chloroformé le malade; mais, même après cette opération, le plus grand écartement possible des arcades dentaires n'allait pas au delà de l'épaisseur d'un doigt. Le résultat obtenu ne fut d'ailleurs que passager, et, en 1860, l'immobilité de la mâchoire était presque complète.

L'atrophie du maxillaire inférieur portait sur toutes ses dimensions; mais elle était surtout prononcée dans sa moitié gauche, et la joue de ce côté était déprimée comme chez les sujets qui ont subi l'ablation de l'une des moitiés de la mâchoire. La lèvre inférieure était située en arrière et à quelque distance des incisives supérieures; la mâchoire inférieure n'était munie que de dix dents, dont quatre molaires, deux canines et quatre incisives. Ces dernières étaient maintenues au contact de la muqueuse palatine. Du côté droit, les molaires supérieures et inférieures étaient exactement juxtaposées; du côté gauche, au contraire, les molaires inférieures étaient situées plus en dedans que les supérieures, et il résultait de cette disposition une espèce de fente, seule voie par laquelle les aliments pouvaient être introduits dans la bouche. Lorsque le malade exécutait des mouvements de mastication, les masséters se gonflaient sensiblement, et les incisives inférieures étaient serrées plus intimement contre le palais. L'abaissement de la mâchoire était au contraire impossible, mais il était évident que les articulations temporo-maxillaires n'étaient pas ankylosées. La parole était sourde, confuse, et avait un timbre guttural très-prononcé; l'alimentation devenait, d'ailleurs, plus difficile, et M. Langenbeck se décida à intervenir une seconde fois.

Il coupa encore les masséters à leur insertion inférieure, par la méthode sous-cutanée, après avoir chloroformé le malade ; mais, malgré l'emploi très-énergique de divers instruments, on ne réussit pas à abaisser la mâchoire. L'obstacle qui rendait ce mouvement impossible était constitué par les apophyses coronoïdes qui venaient arc-bouter en avant contre les os maxillaires supérieurs et malaires. Le rétablissement des mouvements n'était par conséquent possible qu'à la condition de couper ces apophyses, qui s'étaient apparemment développées dans une direction ou avec une forme vicieuse.

Cette opération fut faite successivement des deux côtés. Le 22 juin, une incision longue de 1 pouce, descendant verticalement depuis le bord inférieur de l'os malaire, et traversant l'épaisseur du masséter, mit à nu la face externe de l'apophyse coronoïde dans son milieu. A l'aide d'un élévatoire mince et courbe, cette saillie osseuse fut isolée des parties molles ; puis on la coupa d'arrière en avant, à sa base, avec la pointe d'une scie très-fine, ce qu'il fut très-facile de faire sans contusionner les parties molles et sans intéresser la muqueuse buccale.

Dès que les deux apophyses coronoïdes eurent été coupées, la bouche put être ouverte largement ; l'hémorrhagie fut insignifiante et s'arrêta spontanément. Les bords des incisions furent réunis à l'aide de bandelettes agglutinatives et soumises à une légère compression.

Lorsque le malade revint à lui, il écartait facilement les arcades dentaires de deux travers de doigt ; la mastication était naturellement douloureuse, mais elle s'opérait sans peine à l'aide des masséters et des ptérygoïdiens internes.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, les joues devinrent le siége d'un gonflement inflammatoire considérable, qui céda rapidement dès que la suppuration fut établie. La cicatrisation s'acheva en trois semaines et sans difformité ; les mouvements de la mâchoire n'avaient pas diminué à cette époque. Les renseignements ultérieurs font malheureusement défaut, parce que l'opéré retourna, dès le mois de juillet, en Australie, sa patrie.

Il n'existe pas, dans la science, à la connaissance de M. Langenbeck (ni à la nôtre), un fait dans lequel l'atrophie congénitale du maxillaire inférieure s'accompagnât, comme dans le précédent, d'une immobilité de cet os, due à un état anormal des apophyses coronoïdes. Ces deux lésions ont cependant été observées chacune isolément. Ainsi, sur une pièce conservée au musée anatomique de Berlin, la mâchoire est immobilisée par un cal exubérant qui, partant de l'apophyse coronoïde fracturée, s'était soudé à l'os malaire.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anesthésie locale *produite au moyen de la ligature et du chloroforme camphré.* Les cas, si nombreux déjà, d'accidents mortels survenus à la suite d'inhalations d'agents anesthésiques pratiquées dans le but de déterminer l'insensibilité à la douleur dans les opérations, devaient conduire et ont conduit à restreindre l'emploi de ces inhalations, et à essayer de produire l'anesthésie localement, c'est-à-dire d'en borner les effets, toutes les fois que la chose est possible, à la partie sur laquelle doit porter l'action chirurgicale. On y est arrivé, comme on sait, par divers moyens, que nous ne rappellerons pas ici, laissant ce soin à la mémoire et à l'expérience de nos lecteurs. Nous nous bornerons, dans l'intérêt de la pratique, à faire connaître le procédé employé dans ce même but, avec un succès complet, par M. le docteur Martenot de Cordoux, médecin-major de première classe à l'hôpital Saint-Jacques de Besançon, dans deux cas où il avait à pratiquer l'opération de l'ongle incarné. Voici comment notre confrère de l'armée expose lui-même son procédé.

« Je fais, dit-il, à la base de l'orteil une assez forte compression à l'aide d'une ligature, puis j'applique pendant quinze à vingt minutes une couche assez épaisse de charpie imbibée de chloroforme camphré, et recouverte d'un linge épais, ou mieux encore d'une toile cirée, pour empêcher l'évaporation trop rapide. Le camphre se dissout avec une extrême facilité dans le chloroforme; il ne faut pas en mettre jusqu'à saturation; on peut l'employer presque à parties égales : je me contente de mettre 20 grammes de camphre pour 30 de chloroforme. Du reste, il n'y a pas de règle absolue, ni pour la quantité de camphre à employer, ni pour la durée de l'application de ce mélange. Le chirurgien s'assure, en piquant l'orteil avec une épingle, que la sensibilité a disparu, et choisit le moment de l'opération. Le chloroforme camphré, joint à la ligature, amène l'anesthésie locale d'une manière parfaite, et permet d'achever cette opération si douloureuse sans que le malade s'en aperçoive. »

Ce qui constitue surtout l'originalité de ce procédé, c'est l'emploi de la ligature dans le but de rendre plus sûre et plus rapide l'action de la solution anesthésique. Quant à celle-ci, c'est-à-dire quant à l'association du camphre, agent anesthésique lui-même, avec un liquide ayant des propriétés semblables, l'idée en est venue également à un autre de nos confrères, M. Claisse (de Saint-Valérien). Quand ce médecin a à faire de petites opérations, telles que l'ouverture d'un abcès, l'incision d'un panaris, l'extraction d'une dent, etc., il prend un petit flacon dans lequel il introduit le tiers de sa capacité de camphre pulvérisé, puis il achève de le remplir avec de l'éther sulfurique. La solution faite, il s'en sert pour frictionner légèrement à l'aide d'une petite éponge fixée à une tige de baleine, pendant une minute environ, le point sur lequel l'instrument doit agir; puis il opère. Cette manière de faire lui a procuré, assure-t-il, des résultats très-satisfaisants. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, n° 10, et *Répert. de pharmac.*, mai 1861.)

Chorée rhumatismale *traitée avec succès par le tartre stibié à haute dose.* Les lecteurs du *Bulletin* connaissent la médication dont il s'agit, et qui a été l'objet d'un travail spécial publié dans ce recueil par M. le docteur Bonfils. Ce nouveau fait à l'appui d'une méthode qui a déjà rendu de nombreux services dans le traitement de la chorée, ne nous en a pas moins paru digne d'être rappelé ici, à cause de l'intensité de la maladie d'une part, et de la rapidité avec laquelle a eu lieu la guérison d'autre part.

Vers la fin du mois de décembre dernier, un jeune homme de vingt ans entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, suppléé alors par M. Labric. Ce jeune homme était en proie à une agitation extrême et à un délire furieux. Voici en peu de mots ses antécédents :

A l'âge de douze ans, Emile C*** fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu d'un mois de durée et qui laissa après lui des douleurs vagues dans les membres, douleurs qui augmentaient d'intensité dans les temps froids et humides. Pendant une période de trois années, de 1857 à 1860, sa santé fut assez satisfaisante; mais au mois de mai de cette année, il fut

pris d'une deuxième atteinte de rhumatisme articulaire aigu ; et un mois environ après la cessation de ce deuxième accès, il éprouva les premiers symptômes de chorée. Les bras furent les premiers atteints ; on remarqua d'abord une maladresse insolite et une agitation continuelle ; la face devint bientôt grimaçante, puis les membres inférieurs se prirent à leur tour, et enfin tout le corps ne tarda pas à être en proie à une agitation continuelle. La marche devint impossible, si ce n'est par saccades et par sauts. Dès le 12 décembre, il commença à se manifester quelque trouble dans les idées. Le 18, il délirait et présentait le spectacle d'une extrême exaltation et un redoublement dans le désordre de ses mouvements, au point qu'on avait grande peine à le contenir.

Lors de son entrée à l'hôpital, il était dans un état d'agitation extrême, tout le corps était agité de mouvements tumultueux ; il jetait les hauts cris, voulant à chaque instant sortir de son lit pour se précipiter sur ses voisins. La face était rouge, les yeux injectés, le pouls fréquent (110 pulsations). Il répondait assez bien aux questions qu'on lui adressait, mais par saccades et avec un ton brusque ; il avait de la peine à tirer la langue, et la rentrait aussitôt, comme s'il craignait de l.. mordre. M. Labric prescrivit le matin, à la visite, une potion avec 0,40 de tartre stibié et 30 grammes de sirop diacode.

Le lendemain 22 décembre, la potion avait été tolérée ; le délire avait duré toute la nuit, et persistait encore le matin ; l'agitation était toujours extrême, le pouls fréquent. La potion stibiée est continuée à la même dose.

Le 23, un peu d'amélioration (même prescription).

Le 24, il y a eu une dizaine de selles ; le malade est plus calme, les mouvements choréiques ont beaucoup diminué ; sommeil de plusieurs heures ; plus de délire ; pouls descendu à 90. On suspend l'usage de la potion stibiée, et on prescrit une potion avec 0,10 de morphine.

La potion est reprise les jours suivants et continuée encore pendant deux jours.

Le 30, l'amélioration allant toujours croissant, on cesse définitivement la potion. A partir de ce jour, le malade est allé de mieux en mieux. Dès le 1er janvier, il a été soumis à un régime tonique (fer, quinquina et bains sulfureux). Il quitte l'hôpital le 15 février en parfait état, pour aller à l'asile de convalescence de Vincennes. (*Union méd.*, mai 1861.)

Electricité. *Sur la différence d'action physiologique des pôles positif et négatif dans les courants voltaïques et dans les courants d'induction.* Telle est l'importante question que M. le docteur Nivelet tente de résoudre dans l'intéressant mémoire qu'il vient de présenter à l'Institut. Quoique le contrôle clinique fasse malheureusement défaut aux propositions suivantes qui résument son travail, nous ne croyons pas moins devoir les enregistrer.

1° Dans les trois ordres de courants, continu, inducteur et induit, les pôles positif et négatif ont une action différente sur la contractilité électro-musculaire. Le premier tend à produire la flexion et la résolution des muscles, le deuxième leur extension.

2° Dans les trois ordres de courants, l'action du pôle négatif est bien plus prononcée, sur la sensibilité cutanée, que celle du pôle négatif. Le contraire a lieu relativement aux effets organiques locaux.

3° Dans les courants continu et inducteur, le pôle positif a, sur les liquides et les tissus organiques, une action coagulante, et le pôle négatif une action dissolvante.

Le courant induit est dépourvu de cette propriété, ou ne la présente que d'une manière très-légère et très-fugace. En revanche, il agit plus que les autres sur la sensibilité cutanée et sur l'innervation.

4° Pour les applications thérapeutiques, il résulte de ces faits les données suivantes :

Dans le traitement des paralysies du mouvement, caractérisées par la résolution complète ou incomplète d'un ou plusieurs muscles, ou par une contracture des fléchisseurs, il sera de principe d'agir sur ces organes par le pôle négatif et de lui opposer le pôle positif. Dans ce cas, le courant devra être centripète par rapport aux muscles et aux rameaux nerveux qui s'y distribuent. Au contraire, dans les paralysies avec ou sans contracture des muscles extenseurs, le courant devra être centrifuge.

Dans les hyperémies et les hyperesthésies, le pôle positif devra agir sur la partie malade, et on lui opposera à

distance le pôle négatif. Le contraire aura lieu dans les anésthésies.

Dans les maladies organiques où les liquides constituent le principal produit pathologique, comme dans les anévrismes, les tumeurs enkystées, etc., les propriétés coagulantes du pôle positif le feront préférer pour l'action locale. Le pôle négatif aura plus d'avantage dans les affections morbides auxquelles la médecine ordinaire oppose les fondants, comme dans les tumeurs squirrheuses, les engorgements glandulaires, lymphatiques et autres. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, juin.)

Hypospadias. *Nouveau procédé opératoire.* L'hypospadias, même dans sa plus grande simplicité, est un vice de conformation assez rare, ne constituant le plus souvent qu'une difficulté plus ou moins grande pour l'acte de la fécondation. L'émission de l'urine n'étant pas gênée le plus ordinairement, il suffit de prendre quelques précautions pour assurer la direction du jet. Lorsqu'une ouverture anormale existe sur le trajet du canal, ou que sa paroi inférieure manque dans la plus grande étendue, le jet de l'urine est plus difficile et quelquefois même impossible à diriger. Les perfectionnements apportés depuis quelques années à l'urétroplastie ont permis d'obtenir, sous ce rapport, des résultats encourageants. Mais il est une autre classe d'hypospadias dans laquelle, par suite d'un défaut de proportion entre l'urètre et les corps caverneux, ou par toute autre cause, l'érection se trouve plus ou moins gênée, la forme de l'organe est altérée, de telle sorte que les rapports sexuels sont difficiles, souvent même impossibles. Consulté en 1858 par un jeune homme, porteur d'un hypospadias de cette espèce, M. Alph. Amussat a pu modifier les rapports vicieux des différentes parties de la verge, de manière à lui permettre les relations sexuelles impossibles avant l'opération, et le mariage vivement désiré par la famille. Voici le fait :

M. A***, aujourd'hui âgé de vingt-cinq ans, se présenta, il y a trois ans, à M. Amussat, qui constata l'état suivant de ses organes sexuels. La verge avait un développement ordinaire; l'urètre n'avait que 7 centimètres et demi, du col de la vessie au méat urinaire, et venait s'ouvrir néanmoins sous le gland, presque au niveau de la fosse naviculaire, de sorte que la verge présentait une courbure très-prononcée, à convexité dirigée en haut, augmentant dans l'érection. En un mot, l'urètre servait de corde à un arc formé par les corps caverneux et le gland. En plaçant le pouce et l'index entre l'urètre et les corps caverneux, on sentait une lame fibreuse, de la forme d'un segment de cercle, unissant ces parties. A la base de la verge, et latéralement, il existait deux replis cutanés, peu saillants, couverts de poils, vestiges de scrotum. Dans cet état, ce jeune homme ne pouvait avoir de rapports sexuels. La miction se faisait normalement et directement en avant, en relevant la verge.

Après avoir réfléchi à ce vice de conformation, pensant que l'opération à pratiquer devait avoir pour but de changer seulement les rapports des organes génitaux, de manière à permettre les rapports sexuels, M. Amussat commença par passer pendant quelque temps des bougies élastiques, de volumes gradués, dans l'urètre, afin de diminuer la sensibilité; puis, après quelques moyens préparatoires, bains et purgations, il pratiqua, le 17 janvier 1859, l'opération suivante :

Le malade placé comme pour l'opération de la taille, et rendu insensible par le chloroforme, M. Amussat incisa longitudinalement la peau sous l'urètre; par une dissection longue et minutieuse, il parvint à isoler complétement le canal, dans lequel il avait placé préalablement une sonde de femme en argent. Après avoir enlevé complétement la lame fibreuse, qui unissait l'urètre aux corps caverneux, il put facilement redresser la verge isolée du canal, et même la courber en sens inverse. Plusieurs artérioles furent tordues pendant l'opération. Les deux lèvres de la plaie cutanée furent réunies avec des serres-fines, et le méat urinaire se trouva au périnée, entre les deux replis du scrotum rudimentaire, au point où il devait être, par suite de l'arrêt de développement de l'urètre. Le malade ayant été replacé sur son lit, la verge fut posée sur un coussin de linge fin ; on le sonda quatre fois dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération. Dans la journée, le coussin de linge fut taché par un peu de sang.

Le 18, M. X*** commença à uriner sans être sondé, et ne perdit plus de sang. Après chaque miction, on avait le soin de bien laver la plaie avec de l'eau fraîche. La verge fut entourée

constamment d'une compresse mouillée.

Le 21, ayant remarqué que le méat isolé dans la plaie avait une tendance à se porter en bas, une serre-fine fut placée en arrière à l'angle postérieur de l'incision, dans le but de le relever et de le ramener en avant.

Le 23, les premières serres-fines tombèrent. La chute de celle qui avait été placée sous l'urètre n'eut lieu que le 30.

Le 7, la plaie était en grande partie cicatrisée; elle l'était complétement le 21, et ce jour-là on put constater que la verge était parfaitement libre; dans les érections elle se rapprochait de l'abdomen; il existait seulement une légère flexion du gland sur le corps. Depuis cette époque, M. X*** s'est marié, et, bien que son membre n'eût pas toute la régularité désirable, il était devenu du moins apte à remplir ses fonctions. (*Union méd.*, mai 1861.)

Iritis chronique. *Nouvelle méthode opératoire.* Les iritis chroniques avec synéchies postérieures sont généralement considérées comme des affections incurables. L'opération de la pupille artificielle, possible et très-utile dans quelques cas, devient presque impossible quand l'iris se trouve intimement uni à la capsule antérieure par de fausses membranes résistantes, pigmentées. Il devient impossible de saisir avec la pince une portion suffisante d'iris; d'ailleurs il ne suffit pas d'enlever une portion de l'iris, il faut aussi enlever les fausses membranes qui tapissent la capsule antérieure, ce qui ne peut se faire sans blesser le cristallin. Celui-ci devient opaque et l'opération reste sans résultat. Ces considérations ont engagé M. de Græfe à enlever préalablement le cristallin, et à procéder plus tard seulement à l'excision d'une partie de l'iris et des fausses membranes. L'extraction du cristallin se fait mieux dans ce cas par un lambeau inférieur. L'opération est moins grave que dans les cas habituels, les sujets étant plus jeunes le plus souvent, et il en résulte généralement une amélioration marquée dans l'état de l'iris. Quatre à huit semaines après l'extraction, on procède à l'iridectomie : la pince suffit rarement dans ce cas pour saisir l'iris; il est plus avantageux d'employer un crochet, que l'on enfonce dans l'iris et les fausses membranes. En l'attirant au dehors, on produit une déchirure qui met à nu le fond de l'œil. La pupille nouvellement formée conserve ses dimensions.

Cette méthode opératoire peut être d'une grande utilité pour un certain nombre de malades ordinairement abandonnés, comme incurables, après avoir subi trois ou quatre opérations de pupilles artificielles demeurées sans résultats, soit qu'elles se fussent refermées, soit que l'opération elle-même n'ait pu être pratiquée qu'incomplétement. (*Gaz. des hôpit.*, mai 1861.)

Ophthalmie rémittente *à accès quotidiens, rebelle au sulfate de quinine, combattue avec succès par des lavements camphrés opiacés.* Un officier, jouissant d'une bonne santé habituelle, d'une constitution pléthorique, fut atteint, en 1859, de fièvre intermittente à accès intenses, qui céda assez rapidement au sulfate de quinine. Au printemps de 1860, il fut pris de nouveau de fièvre intermittente à accès quotidiens assez violents; les accès cédèrent encore cette fois au sulfate de quinine et à la décoction de quinquina. Vers la fin de juin, M. le docteur Golfin, médecin de bataillon à Bruges, fut consulté par ce même malade pour un malaise de l'œil droit; la sclérotique était légèrement injectée et l'affection présentait dans son ensemble tous les signes d'une légère ophthalmie catarrhale; il prescrivit quelques fomentations astringentes. Le mal, au lieu de diminuer, ne fit qu'augmenter, à tel point que la sclérotique était entièrement injectée après une couple de jours; les paupières étaient tuméfiées et le malade y percevait la sensation d'un grain de sable; des douleurs vives, s'irradiant au front, étaient plus intenses la nuit; la vue était voilée; un peu de larmoiement. (15 sangsues à l'anus; purgatif au calomel et au jalap; fomentations de solution de tannin.)

On n'obtint de cette médication aucune amélioration; le malade n'a pu dormir, les douleurs ont été plus violentes, surtout dans l'orbite, à la tempe et au front, l'œil était plus gonflé. Toutefois, le matin, au moment de la visite, les douleurs avaient cessé. (Pilules de sulfate de quinine et d'opium à prendre dans la soirée; frictions d'onguent belladoné au pourtour du globe de l'œil.)

Il n'y eut point d'amendement; la nuit fut plus mauvaise; à partir de trois heures, les douleurs furent si violentes que le malade ne put rester

au lit; douleurs lancinantes dans le trajet des nerfs de la partie droite de la tête; œil brûlant; vue abolie; chémosis séreux enchâssant toute la cornée, qui est dépolie et terne; pupille contractée, irrégulière, iris plus foncé. Pendant le jour, il y a un léger amendement, les douleurs sont calmées et la vue est un peu plus distincte. (Quinine à dose accrue, 1 gramme.)

Le lendemain, aucune amélioration; même exacerbation, douleurs atroces à trois heures de la nuit. Après une consultation avec le professeur d'ophthalmologie de Gand, on convint d'élever la dose de sulfate de quinine jusqu'à production des effets cérébraux. A partir de l'après-midi et de demi en demi-heure, le malade prit 10 centigrammes de quinine; la dose fut portée à 2gr,50. Elle produisit des vertiges, des bourdonnements d'oreille et de la surdité.

L'accès ne revint pas moins à son heure habituelle; la santé du malade s'altérait. La formule suivante pour deux lavements fut alors proposée :

Eau..................	100 grammes.
Jaune d'œuf.........	N° 1.
Camphre.............	2 grammes.
Extrait d'opium......	7 centigr.

Ces lavements furent administrés : le premier à huit heures et demie, et le second à neuf heures.

La nuit fut moins mauvaise; les douleurs revinrent plus tôt, mais ne durèrent pas, pour reprendre à divers intervalles; d'où l'on pouvait conclure qu'il y avait eu quelques phénomènes insolites et une perturbation dans la marche de l'accès. Le jour, l'œil était mieux, le malade était plus calme. On insista sur les lavements, qui furent répétés le soir. La nuit suivante, il n'y eut plus d'accès, l'œil avait déjà le lendemain moins de turgescence; le chémosis était notablement diminué. Quoique la nuit eût été relativement bonne, le malade était accablé; il avait été tourmenté par des nausées; les idées étaient incohérentes et des rêves pénibles le fatiguaient. On jugea prudent de suspendre le traitement. A dater de ce moment, le malade reposa et il ne survint plus d'accès; l'œil commença à pâlir visiblement. Les jours suivants les progrès furent rapides, et en huit jours la vue était parfaitement rétablie et l'œil revenu à son état normal. (*Arch. belg. de méd. milit.*, avril 1861.)

Pneumonie croupale. *Son traitement par l'emploi du sulfate de cuivre.* Témoin des excellents effets du sulfate de cuivre dans un grand nombre de cas de croup, et considérant ce médicament comme un des meilleurs moyens dont on puisse faire usage pour s'opposer à la formation de la fibrine, M. le professeur Sauer résolut d'expérimenter son action dans une maladie qui a beaucoup d'analogie avec le croup : la pneumonie croupale. Depuis 1850, sur 56 individus atteints de cette affection et traités par le sulfate de cuivre à la clinique de Pesth, 53 guérirent et 3 seulement succombèrent. Voici la formule de M. Sauer :

Pr. Sulfate de cuivre...	30 centigr.
Opium pur.........	3 centigr.
Eau distillée........	180 gramm.

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

L'addition de l'opium a uniquement pour objet d'atténuer les propriétés émétiques du sel de cuivre.

Ce médecin n'a appliqué ce mode de traitement qu'à des cas graves, où il y avait une fièvre intense et dans lesquels l'inflammation avait envahi les deux poumons, ou au moins plusieurs lobes. Chaque malade a consommé 1gr,25 à 3 grammes de sel de cuivre. Cinq à dix jours après l'ingestion des premières doses, la fièvre cessait, et après le même espace de temps le sujet entrait en convalescence. (*Ung. Zeitsch.* et *Ann. de litt. étrang.*, 1861.)

Tumeur sanguine de la paupière *traitée par l'injection au perchlorure de fer; sphacèle de la paupière; guérison.* Nous avons insisté plusieurs fois ici sur l'importance qu'il y a, quand on emploie le perchlorure de fer, à s'assurer que la solution ne contient point d'excès d'acide, et à se servir toujours de préférence d'une solution neutre. Voici un fait qui, tout en donnant un nouvel exemple de l'efficacité de cet agent dans le traitement des tumeurs sanguines, vient confirmer l'utilité du précepte que nous venons de rappeler.

Un jeune garçon de huit à neuf ans portait sur la paupière supérieure à l'angle externe de l'œil droit, une tumeur qui, par son augmentation continuelle de volume, avait fini par recouvrir entièrement l'organe de la vision. Cette tumeur offrait une coloration bleuâtre, était molle, rénitente, sans pulsation, et en la comprimant avec précaution, on parvenait à faire refluer le liquide qu'elle contenait, ce qui permettait de reconnaître au cen-

tre une espèce de noyau. M. de Condé crut pouvoir diagnostiquer une tumeur sanguine du genre *nævus maternus*, et ce diagnostic fut bientôt confirmé par une ponction exploratrice qui n'amena que du sang pur. Plusieurs ponctions furent faites à différentes reprises, mais sans résultat décisif, la tumeur se reproduisait toujours. M. de Condé se décida alors à y faire une injection au perchlorure de fer; il se servit à cet effet d'une solution concentrée de perchlorure, et une double ponction, suivie de l'injection de quelques gouttes de la dissolution, fut pratiquée aux extrémités interne et externe de la tumeur, afin de bien atteindre tout le pourtour de la poche. Le liquide introduit par la deuxième ouverture sortant par la première, on augmenta un peu, pour contrebalancer cette perte, la quantité de l'injection. Cela fait, le malade fut pansé avec tous les soins qu'exigeait l'opération. Le lendemain, à la levée du pansement, la tumeur avait disparu, mais toute la place qu'elle occupait présentait une coloration foncée, qui fit craindre la mortification des tissus. Cette crainte ne se réalisa que trop. Malgré tous les soins que l'on prit, la peau et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané se sphacélèrent, et lorsque l'escarre se détacha, on aperçut une large brèche, s'étendant d'une ligne ou deux du bord libre de la paupière jusqu'à peu de distance de l'arcade sourcilière. La muqueuse palpébrale seule avait résisté et formait le fond de cette vaste échancrure. Ce fâcheux résultat devait-il être attribué à la trop grande concentration du liquide, ou trop de perchlorure avait-il été injecté?

M. de Condé s'efforça de rapprocher les bords de la plaie par des points de suture, mais les tissus n'étant point assez consistants, plusieurs points cédèrent bientôt. Cependant ce court intervalle de réunion avait été suffisant pour amener de légères adhérences, qui furent soutenues par un bandage bien approprié, et grâce aux soins bien entendus, la plaie ne tarda pas à bourgeonner, la brèche se combla et le petit malade guérit. Chose remarquable, fait remarquer M. de Condé, le globe oculaire pendant tout le cours du traitement conserva son état normal. Par suite du retrait du tissu cicatriciel, il existe aujourd'hui au côté externe de la paupière un léger degré d'ectropion, auquel il sera aisément possible de porter remède. (*Arch. belges de méd. milit.*, avril 1861.)

Tumeur érectile de la lèvre supérieure; *guérison à l'aide de six injections de perchlorure de fer à 30 degrés.* On vient de voir dans le fait précédent un exemple de l'efficacité *trop grande*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, du perchlorure de fer, dont l'action a dépassé le but qu'on se proposait. Dans le fait suivant, on trouvera un exemple de l'usage méthodique et parfaitement réglé de la méthode.

M. X***, âgé de cinquante et un ans, entre le 1er janvier 1861 à la maison de santé, portant une tumeur à la moitié droite de la lèvre supérieure. Cette tumeur a commencé à apparaître il y a environ neuf ans. A cette époque, elle présentait le volume d'une lentille, et sa coloration était d'un rouge vineux très-foncé. Elle resta deux ans stationnaire; mais au bout de ce temps elle commença à s'accroître, et six ans après le début, le malade fut traité sans succès par l'acupuncture, pratiquée à plusieurs reprises. A ce même moment, on fit dans la tumeur une injection de perchlorure de fer, qui n'en fit disparaître que la moitié. La douleur causée par la première injection fit que le malade s'opposa à ce qu'on en pratiquât une nouvelle. Tout traitement fut cessé jusqu'au jour de son entrée à la maison de santé. Le malade présente alors sur la moitié droite de la lèvre supérieure, et faisant saillie sous la muqueuse, sur laquelle elle tranche à peine par la coloration d'un violet foncé, une tumeur du volume d'une grosse avoline. Elle est indolente, molle, et quand on la comprime, on la fait presque complétement disparaître.

M. Demarquay se propose, à l'aide d'injections de perchlorure de fer, d'obtenir d'abord l'organisation d'un caillot, qu'il abandonnerait ensuite à la résorption. A cet effet, il pratique le 7 janvier, avec la seringue de Pravaz, deux injections, de 6 gouttes chaque, de perchlorure de fer à 30° en deux points différents de la tumeur.

Le 8, le malade n'a éprouvé aucune douleur, il se plaint seulement d'un peu de tension dans la lèvre; on constate deux noyaux indurés dans les points où les injections ont été faites.

Le 15, on fait une nouvelle injection de perchlorure : 10 gouttes. Les choses se passent comme la première fois.

Le 25, on sent des petits noyaux empâtés; la tumeur semble un peu diminuée de volume.

Le 3 février, nouvelle injection dou-

ble de 8 gouttes chaque. L'induration produite par les caillots formés à la suite des injections précédentes persiste. Ces deux dernières injections sont faites dans des points où l'on perçoit encore une sensation de mollesse dans la tumeur.

L'état du malade est resté stationnaire jusqu'à l'époque de la sortie, dans la première semaine de mars.

En tout, six injections de perchlorure de fer, de 6 à 10 gouttes chacune, ont été faites dans cette tumeur. Ces six injections ont laissé des traînées fibreuses qui partagent la tumeur en plusieurs compartiments. Depuis sa sortie du service, le malade a été revu par M. Demarquay ; la tumeur a notablement diminué, et le côté droit de la lèvre supérieure, siége de la tumeur, est à peine plus volumineux que le côté gauche. (*France médic.*, juin 1861.)

Tumeur irritable du sein ; *résorption sous l'influence d'un traitement interne.* Dans un certain nombre de cas de tumeurs de la mamelle d'un caractère douteux, on a vu la guérison survenir sous l'influence d'un traitement général : c'est donc une chance favorable dont il convient de faire bénéficier les femmes, avant de recourir à l'*ultima ratio* des moyens chirurgicaux. C'est ainsi que nous avons eu occasion de voir, et beaucoup d'autres ainsi que nous, des exemples de tumeurs mammaires, qu'en raison des symptômes généraux et de l'âge des sujets on pouvait se croire fondé à regarder comme de nature cancéreuse, et dont la résorption cependant s'est accomplie grâce à l'action de médicaments administrés à l'intérieur. Le fait suivant ne nous paraît pas s'être présenté dans des conditions symptomatologiques propres à faire supposer l'existence d'un cancer ; il ne rentre donc pas dans la catégorie de ceux dont il vient d'être question. Néanmoins, il nous semble bon à noter, comme rappelant que toutes les tumeurs du sein ne ressortissent pas à la chirurgie, et qu'un traitement purement médical peut triompher de certaines d'entre elles. Marie B***, âgée de dix-huit ans, fut admise à *St. Mary's Hospital*, le 8 février dernier, pour une tumeur irritable du sein droit, du volume d'une noisette. Environ trois ans auparavant, elle avait été frappée au sein par un volet, et le coup avait été suivi de la formation d'une petite grosseur ; depuis douze mois elle ressentait une douleur vive, d'un caractère lancinant, dans la portion de la glande voisine de l'aisselle, laquelle paraissait plus volumineuse et plus dense qu'à l'état normal, et la menstruation était devenue irrégulière. La malade entrait à l'hôpital dans l'intention de se soumettre à une opération chirurgicale ; mais, avant de se rendre à sa demande, M. Ure résolut de tenter l'emploi d'autres moyens ; il eut recours aux applications de sangsues, aux cataplasmes, aux vésicatoires, à la teinture d'iode extérieurement, mais sans aucun avantage marqué. Le 11 mars, voyant l'insuccès de ces divers moyens, il prescrivit 2 dragmes de solution de bichlorure de mercure (contenant un huitième de grain de ce sel) dans trois onces d'eau distillée, à prendre deux fois par jour, et en même temps l'application d'un emplâtre de gomme ammoniaque et de mercure sur le sein malade ; de plus, tous les deux jours, le soir, une pilule de 10 grains d'aloès et de myrrhe. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur a complétement disparu, le sein a recouvré son état normal, et la santé générale, qui avait subi une assez notable détérioration, s'est améliorée d'une manière extrêmement remarquable. (*The Lancet*, mars 1861.)

VARIÉTÉS.

De la responsabilité médicale.

M. le docteur Gustave Rousseau a adressé récemment à l'Académie de médecine un mémoire sur l'importante question de la responsabilité médicale. Chargé de faire un rapport verbal sur cet intéressant travail, M. Devergie s'est borné à le résumer dans les termes suivants :

La législation romaine et même nos anciennes lois criminelles, si prodigues

de peines sévères, ont toujours laissé au médecin une liberté entière dans l'exercice de son art. La loi romaine ne punissait le médecin que lorsque la mort du malade avait été le résultat d'une faute grave de sa part. La loi *ad legem Corneliam de sicariis*, au Digeste, ne s'appliquait qu'aux médecins qui avaient agi par dol. Montesquieu qui, en rappelant ces lois, avait, d'après des jurisconsultes éclairés, confondu deux choses distinctes, l'homicide volontaire dans la loi romaine et l'homicide involontaire dans la loi française, avait, du reste, eu le soin de faire observer « que les lois de Rome n'avaient point été faites dans les mêmes circonstances que les nôtres; à Rome, s'ingérait de la médecine qui voulait, mais parmi nous les médecins sont obligés de faire des études et de prendre certains grades... » (*Esprit des lois*, I, 29, chap. XIV, § 2.)

Ulpien, dans la loi 6 du titre *De officio præsidis*, au Digeste, s'exprime en ces termes : *Sicuti medico imputari eventus mortalitatis non debet, ita quod per imperitiam commisit, imputari ei debet.*

A une époque où notre jurisprudence criminelle était encore empreinte d'une rigoureuse sévérité, Rousseaud de la Combe enseignait cependant la doctrine d'Ulpien. « Un médecin, disait-il, qui, par ignorance, a causé la mort d'un malade, doit être puni comme meurtrier, ce qui doit s'entendre d'une ignorance crasse, car le médecin ne serait pas puni pour avoir ignoré un bon remède. » (*Traité des matières criminelles*, p. 108.)

Brillon ne va pas même jusque-là. Il n'y a qu'un seul cas où, selon lui, l'on ait une action contre le médecin, c'est lorsqu'il y a dol, auquel cas c'est un véritable délit. Il n'admet pas que l'impéritie puisse être regardée comme une faute.

Le savant Merlin a reproduit la doctrine romaine; il condamne l'impéritie, mais il faut qu'elle soit manifeste, et que la faute soit contraire à toutes les règles de la profession. (Répertoire de jurisprudence, v^is *Chirurgiens*, § 2, et *Médecin*, § 5.)

Notre ancienne jurisprudence a appliqué tantôt la théorie du droit romain, tantôt le système approuvé par Brillon. On y retrouve plusieurs exemples de condamnations prononcées contre des médecins pour cause d'impéritie; mais ces condamnations n'ont point été appliquées par la voie criminelle. (Voyez à ce sujet Farinacius, *Quæst.* 87, n° 45. — Damhouderius, *Praxis crim.*, caput 77, n° 28; Jousse, t. III, p. 525.)

Enfin, nous citerons l'opinion de M. le procureur général Dupin, qui nous paraît avoir parfaitement résumé dans le passage suivant la grave question concernant la responsabilité du médecin. «... Il ne s'agit pas de savoir, a dit ce savant magistrat, si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, adresse ou malhabileté à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi : ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs, et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux... Mais lorsque les faits reprochés aux médecins sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses qu'on devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue, et la compétence de la justice est ouverte. »

Cette opinion de l'illustre jurisconsulte est consacrée par la jurisprudence, et notamment par les arrêts de cassation du 18 juin 1835, de Rennes du 7 septembre 1842, de Besançon du 18 décembre 1844. Ces arrêts ne déclarent les médecins responsables que quand on a à leur reprocher une impéritie évidente. La Cour de Caen a reconnu aussi ce système, le 5 juin 1844, en refusant de faire l'application du principe de responsabilité dans un cas où l'on soutenait que telle opération aurait dû être faite de telle manière plutôt que de telle autre. Cet arrêt s'est fondé sur ce qu'il n'apparaissait pas « de faute lourde, négligence, maladresse visible, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit savoir. » En effet, la justice humaine ne peut rien exiger de plus. Ce n'est pas un oubli, une simple erreur, c'est l'ignorance impardonnable, c'est la volonté de faillir que la loi punit : *consilii non fraudulenti nulla est obligatio.*

Académie royale de médecine de Belgique. — *Rappel des concours de* 1860. — L'Académie a jugé digne d'une médaille d'encouragement l'un des mémoires qu'elle a reçus, l'année dernière, en réponse à la question qu'elle avait mise au concours sur l'*influenza* considérée chez l'espèce chevaline. Cet écrit a pour devise les mots : « *Una est certissime medicina hominis et veterinaria.* »

La Compagnie a également adopté, dans sa séance du 27 avril dernier, les conclusions suivantes du rapport de la Commission qu'elle avait chargée de juger les neuf mémoires reçus pendant la même année, en réponse à la question mise au concours sur les méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique :

1. Décerner une médaille de 400 francs au mémoire ayant pour épigraphe : « *Occasio præceps* ; »

2. Accorder une médaille de 200 francs au mémoire portant pour devise : « *Statutum est in theoria et praxi. — In medendi scientia omnis argumentatio vana nisi experientia confirmetur* ; »

3. Accorder une seconde médaille de 200 francs au mémoire ayant pour épigraphe : « Μὴ τόλμῃ μᾶλλον ἢ γνώμῃ, etc. »

En conséquence, les auteurs de ces écrits sont *de nouveau* priés de faire connaître, le plus tôt possible, à M. le président de la Compagnie, s'ils consentent à l'ouverture des plis cachetés joints à leurs mémoires et renfermant leur nom.

Bruxelles, le 6 juin 1861.

Le secrétaire de l'Académie, D. Sauveur.

Un concours vient de s'ouvrir à Paris pour trois places de médecins au bureau central des hôpitaux. Les juges de ce concours sont MM. Gallard, Monneret, Cruveilhier, Bouley, Guéneau de Mussy, Demarquay et Marjolin, *titulaires*; Moutard-Martin et Huguier, *suppléants.* — Les candidats sont : MM. Archambault, Barnier, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Bonfils, Blondet, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Cavasse, Cannet, Chauffart, de Beauvais, Desnos, Dumontpallier, Epron, Frénean, Genouville, Gery, Gombault, Guyot, Isambert, Labat Durouchcaux, Labbé, Laboulbène, Luys, Magnae, Maingault, Moynier, Parrot, Peter, Pillon, Second dit Féréol, Tamarelle-Mauriac, Tillot, Vidal, Wieland, Worms, Zambaco.

L'inspection médicale de l'armée de terre, en 1861, dans l'intérieur, en Algérie et au corps d'occupation à Rome, aura lieu comme il suit : 1er arrondissement, M. Vaillant, président du Conseil de santé ; 2e arrondissement, M. Michel Lévy ; 3e arrondissement, M. Maillot ; 4e arrondissement, M. Scrive ; 5e arrondissement, M. le baron Larrey ; 6e arrondissement, M. Hutin ; 7e arrondissement, M. Ceccaldi ; 8e arrondissement, M. Sédillot.

Par décret impérial du 15 mai 1861, ont été nommés dans le service de santé militaire : Médecin principal de première classe, M. Chatelain ; M. Colmant,

médecin principal de deuxième classe; M. Lallemant (Ludger), professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce; M. Rouis (J.-L.), sous-directeur à l'École de Strasbourg.

L'Association générale des médecins de la France, qui compte aujourd'hui plus de soixante annexions de Sociétés départementales, vient d'obtenir une éclatante satisfaction. M. Rayer s'est rendu à l'invitation de l'Association des médecins du Rhône et a présidé son assemblée annuelle. Son discours, non moins remarquable par les sentiments que par les idées, a reçu un accueil enthousiaste. Le soir les membres de l'Association ont offert un banquet à l'illustre fondateur de l'œuvre.

M. le docteur Chassagny a été nommé trésorier de l'Association des médecins du Rhône.

On a exposé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la cour Saint-Martin et sur l'emplacement qu'elle occupera définitivement, un modèle de la statue de Am. Bonnet.

MM. les docteurs Beruc et Delore, chirurgiens des hôpitaux de Lyon, ont obtenu le prix extraordinaire de 500 francs que l'Académie des sciences et belles-lettres de Toulouse avait proposé sur cette question : De l'influence des expériences physiologiques modernes sur les sciences médicales.

Divers arrêtés ministériels viennent de nommer aux places de médecins-inspecteurs des établissements thermaux de la Savoie : Aix, M. Vidal; Evian, M. Rieux; Saint-Gervais, M. Payen.

Par décret impérial du 25 mai 1861, ont été promus où nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports. *Au grade de chirurgien de première classe :* MM. les chirurgiens de deuxième classe, Robert, Martin, Toye, Aiguier, Griffon du Bellay, Girard, Bourse et Grenct. — *Au grade de chirurgien de deuxième classe :* MM. les chirurgiens de troisième classe, Normand, Henseling, Audibert, Bernard, Roux, Nogues, Aurillac, Richard, Vaillant, Legris, Dupont, Pougny, Tourbiez, O'Neil (Jean-Marie-Constant), Gouez, Jouven, Chabbert, Bonifanti et Coulomb. — *Au grade de chirurgien de troisième classe :* MM. les étudiants Reynaud, Périer, Martin, Fontès, Roux, Eyssautier, Illy, Roux, Ardouin, Canolle, Corre, Lefebvre, Cheval, Moulin, Boulain, O'Neill, Richard et Thoulon.

Par décision de la Commission administrative des hôpitaux de Nantes, M. le docteur Letenneur, premier chirurgien suppléant, a été nommé chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu de cette ville. MM. les docteurs Heurtaux et Jouon, anciens internes des hôpitaux de Paris, ont été nommés, à la suite d'un brillant concours, chirurgiens suppléants.

M. le docteur Mailly, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui était allé exercer la médecine à l'île Bourbon, vient de succomber à l'action des inhalations anesthésiques auxquelles il s'était soumis pour une extraction de dents.

M. Pamard, médecin adjoint au lycée d'Avignon, est nommé médecin titulaire en remplacement de M. Busquet, décédé.

Le corps médical vient de faire des pertes regrettables : M. Vial, un des médecins les plus distingués de Saint-Étienne ; M. Rillet (de Genève), dont les travaux sur les maladies des enfants sont connus de tous; M. de Meyer, membre honoraire de l'Académie de Belgique.

Erratum. — Dans l'observation de *ténia* publiée dans notre dernière livraison (p. 474), il est dit que l'expulsion du ver a eu lieu huit *jours* après l'administration de la semence de citrouille; c'est huit *heures* qu'il faut lire.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la diète sèche ou xérophagie, et de ses applications thérapeutiques (¹).

Par M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine, professeur à l'École de médecine navale de Brest.

La diète sèche aurait-elle prise sur certaines collections purulentes? produirait-elle, à la longue, la rentrée dans le torrent circulatoire des parties aqueuses du pus, et amènerait-elle celui-ci à cet état de condensation sous lequel il a de la tendance à se réduire en une tumeur solide que l'absorption amoindrit ultérieurement? Cela n'est nullement improbable. Tant que le pus n'a pas subi le contact de l'air, il s'opère entre la poche qui le renferme et les vaisseaux voisins un échange réciproque de matériaux, qui ne saurait faire courir aucun des risques de la septico-hémie. J'ai vu, sous l'influence de cautérisations ponctuées, répétées presque journellement (c'est la pratique habituelle de M. Rayer), des abcès froids volumineux revenir sur eux-mêmes, se réduire à la partie solide des éléments du pus qu'ils renfermaient, et ne laisser après eux qu'une tumeur, ou plutôt un noyau solide. Je ne doute pas qu'en combinant ces deux moyens, diète sèche et cautérisation, on n'arrive plus souvent à amener la résolution de ces abcès.

Si la diète sèche peut fournir d'excellents résultats dans les hydropisies des séreuses, elle n'est pas moins indiquée comme traitement de l'anasarque, quelle qu'en soit la cause. M. Serre, d'Alais, comme je le disais tout à l'heure, a attaché son nom à un traitement qui n'est, par le fait, qu'une formule particulière de la diète sèche. Chrestien, de Montpellier, avait préconisé, dans ce cas, l'association de la diète lactée et de l'usage des oignons crus. M. Serre a pensé qu'on arriverait à un meilleur résultat, en combinant l'abstinence des boissons avec ce double moyen. Voici la formule de son traitement. Les malades reçoivent, pour toute nourriture, trois soupes au lait par jour, et, après chacune d'elles, mangent un morceau d'oignon cru, ou même un oignon tout entier; ce régime bizarre est continué pendant un mois entier, et une abstinence complète de toute boisson est prescrite concurremment. L'oignon est mangé cru avec une petite quantité de sel et de pain. Quand il existe de la diarrhée et que la langue est rouge, le traitement se

(¹) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 481.

réduit à l'usage des soupes au lait. Les malades continuent ce régime pendant un mois au moins. M. Serre résume ainsi les effets de cette médication : « Au huitième jour, amélioration très-sensible, bien-être général indéfinissable ; au quinzième jour, flux abondant des urines ; au trentième jour, guérison dans l'immense majorité des cas, lorsque ce traitement simple est appliqué en temps utile (1). » Voilà, certes, des résultats d'autant plus encourageants que le moyen en lui-même est d'une parfaite innocuité. M. Serre a recueilli au moins 60 cas d'anasarque, liés les uns à une maladie du cœur, les autres à une albuminurie ; les autres, enfin, ne pouvant être rattachés à aucune cause organique appréciable, et qui ont cédé sous l'influence de ce moyen. Au reste, les résultats annoncés par ce médecin ont été contrôlés par un certain nombre de praticiens qui ont vérifié par eux-mêmes l'excellence de cette pratique (2), et on ne doit nullement se laisser arrêter par son étrangeté. Le fait empirique constaté, est-il possible de le théoriser? M. Serre croit que ce moyen agit de trois manières : « 1° en mettant l'organe sécréteur des urines à la diète, par l'abstinence de toute boisson ; 2° en l'excitant légèrement avec l'oignon ; 3° en nourrissant le corps avec le lait, sa nourriture première, sans l'exciter. » Nous ne trouvons pas l'explication très-démonstrative ; mais, en thérapeutique, *résultat passe théorie*, et les faits allégués par M. Serre sont tellement nombreux, il s'agit d'un effet extérieur si facilement constatable, que ce moyen, malgré sa bizarrerie, méritait que nous en fissions une mention particulière.

IV. Nous avons dit que l'abondance des boissons était un moyen excellent pour ralentir l'absorption des miasmes, des virus et des poisons ; ce que les lois de la physiologie expliquent à merveille. La diète sèche, au contraire, imprime à l'absorption une suractivité dont la thérapeutique peut tirer profit pour rendre plus rapide l'action des médicaments. Aussi, cette abstinence particulière est-elle indiquée quand il importe d'agir vite, comme, par exemple, lorsqu'on veut obtenir promptement la salivation dans un cas d'iritis grave, de péritonite, de méningite, etc., etc. Il convient alors, sinon de constituer la diète sèche dans toute sa rigueur, au moins de réduire au minimum la quantité de boissons accordée aux malades, et de tromper leur soif par divers moyens que nous avons déjà indiqués.

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, t. XLV, 1853, p. 32.

(2) Claudot, *Un cas d'anasarque guérie par les trois soupes au lait et l'oignon cru*. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLIV, 1853, p. 363.)— Ossieur, *Annales de médecine de Roulers*. — Dieudonné, *Journal de Bruxelles*, 1853.

Le succès du traitement arabique, dans certaines syphilis invétérées, tient certainement en grande partie, comme nous allons le voir, à cette influence de la diète sèche sur l'absorption des préparations mercurielles.

V. Le traitement arabique de la syphilis consiste essentiellement dans l'emploi combiné de pilules, d'un opiat, d'une tisane sudorifique, et d'un régime particulier, basé sur la diète sèche. Suivant M. Payan, d'Aix, il n'est nullement prouvé, comme l'indiquerait son nom, qu'il nous vient de la médecine arabe, et son introduction dans les hôpitaux de Marseille et des localités avoisinantes, qui en ont conservé pratiquement la tradition, serait due à un apothicaire espagnol, et remonterait à cent cinquante ans environ. Cette méthode, qui compte des succès incontestables, ne s'est guère étendue au delà de la Provence ; et cependant elle mériterait certainement d'être appliquée dans tous les cas où la syphilis constitutionnelle résiste avec opiniâtreté aux mercuriaux et aux iodiques isolés ou combinés ensemble.

Les pilules dites *arabiques* se formulent de la manière suivante : Mercure coulant, 2 grammes ; bichlorure de mercure, 2 grammes ; séné, racine de pyrèthre, agaric, de chaque, 4 grammes ; miel, Q. S.

On réduit en poudre les substances végétales ; on divise exactement le mercure métallique avec le bichlorure, jusqu'à ce que les globules mercuriques aient totalement disparu ; puis on fait avec le miel une masse que l'on divise en pilules de 0gr,20. On en donne deux par jour.

L'opiat arabique se compose de salsepareille, 150 grammes ; squine, 90 grammes ; coquilles de noisettes torréfiées, 30 grammes ; girofle, 4 grammes ; miel, Q. S. On en donne de 8 à 16 grammes soir et matin.

La tisane sudorifique est faite avec de la squine et de la salsepareille. Les malades en boivent un litre ou deux dans les vingt-quatre heures.

Chaque matin, on prend une pilule, que l'on fait suivre d'un verre de tisane sudorifique; une heure après, on prend l'opiat avec un second verre de tisane. Même prescription le soir ; le reste de la tisane est pris dans le courant de la journée. Les malades sont, au reste, pendant toute la durée du traitement, soumis à un régime particulier ; leur nourriture se compose uniquement de galettes, de raisins secs, de noix, de figues sèches, d'amandes torréfiées. Le traitement dure de trente à cinquante jours, en moyenne ; il est

rare de le pousser au delà de quarante. Ce carême, d'une nature particulière, ne va pas à tous les estomacs ; mais M. Payan estime néanmoins qu'il peut être supporté par toute personne qui tolère la liqueur de Van Swieten. On distingue un traitement arabique mercuriel (celui dont nous venons de donner la formule) et un traitement arabique simple, qui n'est autre chose que la diète sèche. On réserve ce dernier pour les individus saturés de mercure, ceux chez lesquels l'action de ce précieux médicament s'est usée, ou qui manifestent contre lui une de ces intolérances idiosyncrasiques avec lesquelles on est obligé de composer. M. Payan a constaté la rareté extrême du ptyalisme, sous l'influence du traitement ; et cette observation a été confirmée par les recherches plus récentes de M. Tribes sur cette médication. Quand ce léger accident se manifeste (et la précieuse acquisition du chlorate de potasse ne permettrait guère de le redouter aujourd'hui), ce n'est guère que vers le quarantième jour, c'est-à-dire à l'époque où d'ordinaire on suspend le traitement.

L'indication principale, sinon exclusive, du traitement arabique se pose dans ces cas, malheureusement assez fréquents, où la cachexie syphilitique a imprégné en quelque sorte toute l'économie et y marque son empreinte par des ulcérations interminables, de graves altérations du système osseux, des syphilides qui rampent ou se reproduisent sans que rien puisse les arrêter. Les préparations auriques et arsenicales constituent bien, dans ces cas si difficiles, des ressources qu'il faut essayer : mais combien de fois ne restent-elles pas impuissantes! C'est alors qu'il convient de recourir à la méthode arabique, qui, entre les mains de M. Payan, d'Aix, a produit des résultats véritablement inespérés. Les trois observations consignées dans son mémoire, et choisies entre un grand nombre [1], sont véritablement de nature à porter la conviction dans les esprits les plus douteurs.

On s'est demandé quel était le motif de l'efficacité de la diète sèche arabique dans la syphilis constitutionnelle, et les explications n'ont pas manqué. Les uns ont cru que l'association du bichlorure de mercure au mercure métallique donnait naissance à un composé nouveau moins dangereux que le bichlorure lui-même, et doué de propriétés antisyphilitiques éminentes. Cette opinion est celle de M. Tribes. D'autres ont fait jouer le principal rôle à la diète sèche et au mouvement de résorption interstitielle qu'elle provoque ; d'au-

(1) Revue médicale, 1839, t. I, p. 375.

tres, enfin, ont considéré l'action de cette formule empirique comme dépendant du mélange des éléments divers qui la constituent. La chimie ne pouvait manquer d'intervenir dans le débat. M. Mialhe, ayant recherché vainement dans ces pilules, soit récentes, soit anciennes, des traces de sublimé, et ayant constaté que la masse pilulaire arabique n'est qu'un mélange de 52gr,50 de calomel et de 7gr,50 de mercure métallique, admet que la petite quantité de deutochlorure qui tend à se former, en présence de l'oxygène et des chlorures alcalins, est décomposée par le mercure métallique et repasse à l'état de calomel. De cette donnée chimique et du fait de la pénurie des chlorures alcalins dans le régime arabique, ce chimiste distingué conclut à l'inefficacité du traitement. Nous sommes plein de respect pour les arrêts de la chimie ; mais l'expérience thérapeutique est une Cour de cassation dont ils sont parfaitement justiciables, et elle a consacré l'utilité extrême de ce moyen dans les cas que nous venons de spécifier. Le fait clinique établi, on peut attendre l'explication avec plus de patience. Nous croyons, pour notre compte, que la diminution notable des boissons imprime à l'absorption stomacale et interstitielle une énergie plus grande, et que ce sont là les deux modes d'action du traitement arabique : d'une part, les préparations mercurielles sont mieux absorbées ; d'une autre part, il s'établit un mouvement rapide de dépuration organique, à la faveur duquel l'élimination du virus se fait avec plus d'activité.

Telles sont les principales applications de la diète sèche. Nous ferons, en terminant, quelques remarques pratiques sur la tolérance des malades pour la privation de boissons. Il faut, sous peine de compromettre le résultat, maintenir les patients dans un endroit assez frais, les éloigner du voisinage d'une cheminée ou d'un tuyau de calorifère, ne leur permettre que peu d'exercice, et encore à petits pas, leur recommander d'aspirer avec un chalumeau la petite quantité de boissons qu'on leur accorde, autoriser l'usage modéré de fruits acides, prescrire des lotions fréquentes de la bouche avec de l'eau fraîche aiguisée de quelques gouttes d'essence de menthe, et enfin exclure autant que possible de la nourriture les aliments qui altèrent, les fritures, par exemple, les viandes salées, les saumures, etc., ou ceux qui contiennent une quantité considérable d'eau de végétation, tels que les pommes de terre et les légumes verts. Il importe aussi de ne brusquer ni la patience ni la tolérance des malades par une diète sèche instituée d'emblée dans toute sa rigueur, mais de composer avec elles et de faire quelques concessions pour les retirer aussitôt qu'on le peut.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur un nouveau et radical perfectionnement apporté à l'urétrotomie interne dans les cas de rétrécissement fibreux de l'urètre.

Note lue à l'Académie des sciences, par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Deux grandes méthodes opératoires se partagent actuellement, dans la pratique, le traitement des rétrécissements de l'urètre : la dilatation, qui convient aux rétrécissements mous et peu résistants, et l'urétrotomie interne, qui seule peut triompher des rétrécissements fibreux ou inodulaires.

Sous le point de vue pratique, la première méthode peut être considérée comme ayant acquis, à peu de chose près, le dernier degré de perfection dont elle est susceptible, tandis que, malgré les efforts des chirurgiens les plus ingénieux, l'urétrotomie attend encore le procédé simple, facile et sûr qui doit en vulgariser l'application. Déjà, en 1855, j'étais parvenu à résoudre une grande partie des difficultés de cette question : 1° En faisant connaître un nouveau procédé de cathétérisme, dit cathétérisme à la suite, qui permet d'introduire, avec une sécurité complète, les instruments divers destinés aux opérations intra-urétrales ;

2° En imaginant un nouveau scarificateur, dit *scarificateur à lame découverte*, dont la manœuvre simple et facile permet d'atteindre, sans tâtonnement aucun, toutes les parties rétrécies du canal, quels que soient leur nombre et leur position.

Mais, tel qu'il fut construit d'abord, cet instrument, dont la lame tranchante n'était masquée par aucun mécanisme, avait le grave inconvénient d'effrayer les praticiens aussi bien que les malades, en leur faisant craindre la blessure des parties saines du canal ; et, bien que ce danger fût beaucoup plus effrayant que réel, vu la petite dimension de la lame, je n'en compris pas moins que la présomption seule constituait contre la nouvelle méthode une objection très-grave, et je me mis en devoir de la neutraliser d'une manière définitive.

Le premier pas que je fis dans cette direction fut d'émousser simplement la partie saillante de la lame, de sorte qu'en parcourant l'urètre avec lenteur, celle-ci pouvait glisser sur la muqueuse sans l'intéresser. C'était déjà un progrès important.

Un peu plus tard, je supprimai comme inutile le tranchant de la partie postérieure, de manière à rendre impossible la blessure de l'urètre dans l'action rétrograde de l'instrument.

Ces divers perfectionnements effectués, je compris qu'il ne restait plus qu'un pas à faire pour obtenir, non plus un simple scarificateur, mais bien un urétrotome parfait, c'est-à-dire un instrument capable d'inciser les rétrécissements à la profondeur voulue pour le rétrécissement complet du canal. En effet, il me suffit pour cela de donner à la lame les dimensions mêmes du calibre normal de l'urètre, et d'incliner en même temps la direction du tranchant placé sur le bord antérieur, sous un angle tel que les parois saines du canal fussent nécessairement soulevées par la partie saillante et émoussée de la lame, tandis que toutes les brides qui en diminuaient le calibre fussent inévitablement incisées.

D'après ces indications, je fis construire par notre habile fabricant, M. Charrière fils, un certain nombre de lames de diverses formes et de diverses dimensions; enfin, après quelques tâtonnements, j'arrivai à établir d'une manière précise le nouvel instrument, qui me paraît enfin résoudre d'une manière complète la grande question de l'urétrotomie, tant sous le rapport de la sécurité que sous celui de la simplicité et de la facilité d'exécution.

Description de l'instrument. — Comme notre ancien scarificateur, le nouvel urétrotome se compose de trois parties : 1° d'une bougie conductrice A ; 2° d'un tube cannelé C ; 3° d'une lame tranchante moulée sur une tige DB.

1° *Bougie conductrice.*— Sa longueur doit être de 30 centimètres, son diamètre de 2 millimètres, son extrémité vésicale est effilée, son extrémité externe est munie d'un ajutage métallique A qui permet de la visser sur le tube cannelé.

2° *Tube cannelé.* — Ce tube est en acier, sa longueur est de 30 centimètres, son diamètre de 2 millimètres, sa courbure est celle des sondes ordinaires, une cannelure profonde règne dans toute sa longueur du côté de la convexité ; son extrémité externe *c* est munie d'un petit anneau qui lui sert de manche, C, tandis que son extrémité vésicale est munie d'un pas de vis pour s'articuler avec l'ajutage de la bougie conductrice A.

3° *Lame tranchante.* — La lame tranchante E a la forme d'un triangle isocèle rectangle, dont la base, destinée à glisser dans la cannelure du tube, est munie d'un petit onglet qui la retient dans cette cannelure. La hauteur de ce triangle est de 1 centimètre, son angle supérieur est tronqué, arrondi et mousse. Ainsi que le bord postérieur, le bord antérieur, parfaitement tranchant dans ses quatre neuvièmes inférieurs, s'émousse insensiblement dans sa partie supérieure pour se confondre avec l'angle postérieur. L'angle antérieur et l'angle postérieur, destinés à être cachés dans la cannelure du tube, sont munis d'un petit onglet B qui les retient dans cette cannelure. L'angle postérieur se continue, en outre, avec un stylet en acier qui sert de manche à la lame. Ce stylet, de 1 millimètre de diamètre, est long de 32 centimètres, et son extrémité externe est munie d'un bouton D qui permet de le saisir facilement pour faire avancer ou reculer la lame.

Mécanisme et mode d'action de l'instrument. — Dans un travail précédent, nous avons démontré :

1° Que, dans les cas de rétrécissement de l'urètre, une bougie fine et flexible était de tous les instruments celui dont l'introduction était le plus facile et le plus absolument exempte d'inconvénients ;

2° Qu'un tube cannelé, très-fin, articulé à l'extrémité externe de cette bougie, pouvait être facilement introduit à sa suite, à travers les parties rétrécies ;

3° Que sur ce tube cannelé le chirurgien pouvait, avec la plus entière facilité, faire glisser une lame tranchante dans toute la longueur du canal.

Il ne reste plus maintenant qu'à démontrer comment et par quel mécanisme ce parcours de la nouvelle lame tranchante s'effectue sans que les parties saines des parois du canal puissent jamais être lésées, tandis que toutes les brides, tous les obstacles qui rétrécissent ce même canal sont inévitablement incisés à la profondeur voulue pour le rétablissement du calibre normal.

Démonstration théorique. — Soit un tube à parois souples. Si, d'une part, on introduit dans son intérieur un conducteur inflexible qui maintienne sa paroi inférieure dans une direction fixe ; et si, d'autre part, on fait glisser sur ce conducteur une lame de même dimension que le calibre du tube représentant un triangle isocèle et rectangle dont le sommet est arrondi et mousse, on comprend que cet angle arrondi et mousse, qui forme la partie la plus saillante de la lame, soulèvera, sans les blesser, les parois flexibles du tube avant que la partie tranchante placée plus inférieurement ait pu les atteindre ; que, par conséquent, on pourra promener cette lame

tranchante dans l'intérieur du tube sans intéresser les tissus de ses parois.

Supposons, au contraire, que par une cause quelconque ce même tube présente dans un ou plusieurs points de sa longueur un calibre inférieur à la dimension de la lame, le point rétréci ne pouvant plus être soulevé suffisamment par l'angle émoussé, fera obstacle au bord même du triangle et sera divisé par son tranchant, sans toutefois que la profondeur de cette incision puisse jamais dépasser la limite fixée par la hauteur de la lame.

Démonstration expérimentale. — Pour mettre chacun à même de comprendre et de vérifier la théorie de la nouvelle méthode, nous avons eu l'idée de faire disposer avec une peau de gant des tubes dont la dimension représente celle de l'urètre de l'homme, et de simuler par divers mécanismes les conditions les plus variées des rétrécissements. Or, si l'on essaye sur ces tubes la manœuvre du nouvel urétrotome, on reconnaît immédiatement :

1° Que l'instrument ne peut, en aucun cas, intéresser les parois non rétrécies du tube;

2° Qu'il coupe toujours, et à la profondeur rigoureusement indiquée, tous les obstacles qui en diminuent le calibre, quel qu'en soit le nombre.

Première expérience. — Prenez un tube en peau de gant, d'un centimètre de calibre ; placez à son intérieur le tube canuelé de l'instrument; faites, au moyen d'un fil fort, un, deux, trois ou quatre rétrécissements ; introduisez ensuite la lame dans la cannelure, et faites-la glisser dans l'intérieur de l'urètre artificiel, vous verrez successivement tous les fils constituant les rétrécissements divisés avec la plus complète facilité, sans que les parois du canal soient intéressées autrement que par une moucheture indiquant le lieu des rétrécissements.

Deuxième expérience. — Prenez un tube de même espèce que le premier ; faites sur le trajet de ce tube trois ou quatre trous avec un poinçon ; à travers ces petits trous, passez le conducteur cannelé, de manière à ce que celui-ci entre dans le tube, puis en sorte pour y rentrer encore, comme pour un point de faufil ; faites ensuite glisser dans la cannelure du conducteur la lame tranchante. Celle-ci passera par tous ces trous étroits, en les incisant tout juste de la dimension nécessaire pour son passage, rien de plus ; et les parois du tube resteront intactes dans l'intervalle.

Troisième expérience. — Prenez une peau de gant; pliez-la en trois ou quatre doubles ; prenez ces quatre doubles avec un poinçon ; passez dans ce trou le conducteur cannelé; faites glisser la lame sur ce conducteur, pendant que la peau de gant sera maintenue ferme par un aide ; la lame traversera les quatre doubles en faisant une incision nette de sa dimension exacte.

On peut varier ces expériences à l'infini, et plus on les répétera, plus on restera convaincu de la précision, de la sécurité et de la facilité vraiment incroyables avec lesquelles l'opération s'effectue.

Au contraire, si l'on essaye de répéter les mêmes expériences avec

les autres urétrotomes, quelle que soit leur forme ou leur mécanisme, on reste stupéfait de voir à quel point les résultats obtenus sont incertains ou déplorables.

Résultats cliniques. — Un grand nombre de fois déjà il m'a été donné d'employer cette nouvelle méthode dans les cas les plus graves, tant à ma clinique de l'hôpital que dans ma pratique civile, et les résultats que j'en ai obtenus ont vraiment dépassé toutes mes prévisions. Les rétrécissements les plus durs, les plus compliqués, ont été guéris avec une facilité et une promptitude incroyables; l'opération est si simple, si facile et si peu douloureuse, que plusieurs fois il est arrivé que, sur nos seules indications, des malades ont pu s'opérer eux-mêmes en notre présence.

Description de l'opération. — *Premier temps.* Après avoir constaté l'existence du rétrécissement, et reconnu l'utilité de l'incision, le chirurgien introduit dans l'urètre la bougie conductrice, suivant les règles et avec les précautions ordinaires pour cette introduction. — *Deuxième temps.* Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur son ajutage l'extrémité vésicale du tube cannelé; puis on pousse doucement celui-ci, de manière à ce que, guidé par la bougie qui le précède, sa pointe franchisse toute la longueur du canal et arrive dans la vessie. — *Troisième temps.* On introduit dans la cannelure du tube la lame tranchante, qu'il suffit de pousser directement pour lui faire parcourir toute la longueur du tube cannelé et diviser ainsi tous les rétrécissements. Ce dernier temps s'exécute doucement, de manière à ce que le chirurgien puisse reconnaître successivement tous les obstacles qu'il franchit, ce dont il est averti par une légère secousse qu'éprouve la lame en les divisant.

En général, l'incision du rétrécissement se fait directement en bas: cependant rien n'empêche de l'exécuter latéralement ou vers la paroi supérieure. Dans tous les cas, l'opération est si peu douloureuse, que souvent les malades ne s'en aperçoivent même pas et attendent qu'on l'exécute alors qu'elle est déjà terminée. C'est à peine s'il s'écoule une ou deux gouttes de sang.

Précautions à prendre après l'opération. — Aussitôt après avoir retiré l'instrument, nous avons l'habitude, pour nous assurer du résultat de l'opération, de passer dans l'urètre une bougie volumineuse de 20 à 22 millimètres de circonférence, et pendant une semaine ou deux, nous répétons chaque jour cette introduction, de manière à entretenir la dilatation.

Suites de l'opération. — Nous venons de voir combien, par la nouvelle méthode, l'urétrotomie est devenue simple, précise et sûre dans son exécution. Bien qu'infiniment précieuses, ces qualités ne constituent cependant que la moindre partie des avantages qu'elle présente sur les anciens procédés. En mettant à l'abri de toute lésion des parties saines de l'urètre, en limitant d'une manière rigoureuse l'incision aux points rétrécis, c'est-à-dire aux tissus envahis par le travail inodulaire, la méthode nouvelle évite précisément les causes essentielles de ces accidents terribles qui ren-

daient l'urétrotomie si redoutable. Nous voulons parler de ces accidents fébriles désignés sous le nom de *fièvre urétrale*, véritable fléau des affections urinaires, et dont les nuances infinies varient depuis le simple malaise de la fièvre éphémère jusqu'à l'accès foudroyant de la fièvre pernicieuse.

Longtemps méconnue dans son essence, cette fièvre, ainsi que nos recherches l'ont démontré, n'est autre chose en réalité qu'un empoisonnement dû à la pénétration directe de l'urine dans les voies circulatoires par les cellules veineuses du tissu érectile de l'urètre.

Son intensité résulte, d'une part, des qualités plus ou moins toxiques de l'urine, dont la composition est, comme l'on sait, extrêmement variable; d'autre part, et surtout, de la quantité du liquide toxique qui pénètre dans le torrent circulatoire.

On comprend que cette quantité doit présenter des variations extrêmes, suivant que la communication des cellules spongieuses avec le canal est plus ou moins largement ouverte, et suivant que, dans son émission, l'urine se trouve soumise à une pression plus ou moins considérable.

Dans les anciens procédés d'urétrotomie, l'impossibilité où se trouvait le chirurgien de borner l'action de la lame tranchante au rétrécissement lui-même, rendait inévitable la lésion des parties saines. Aussi, les accidents fébriles étaient-ils si fréquents, qu'on en était arrivé à les considérer comme une conséquence nécessaire de l'opération. C'est surtout après l'urétrotomie d'arrière en avant qu'ils étaient particulièrement redoutables, parce que, dans cette méthode, la lésion des parties saines de l'urètre ayant lieu surtout en arrière du rétrécissement, et celui-ci se trouvant parfois incomplétement divisé, il arrivait qu'au moment de la miction, l'urine éprouvait une sorte d'arrêt et refluait plus facilement dans les cellules du tissu érectile.

Dans la nouvelle méthode, au contraire, rien de pareil n'arrive, parce que, ainsi que nous l'avons établi plus haut, d'une part, le tissu inodulaire seul est atteint par le tranchant, et que, d'autre part, l'incision a toujours lieu d'avant en arrière.

Mais, quelque concluantes qu'elles soient, ces raisons seraient d'une bien faible valeur, aux yeux des praticiens, pour établir l'innocuité de la nouvelle méthode, si les faits cliniques ne venaient en dernier ressort démontrer cette innocuité d'une manière irréfragable. Or, de ces faits déjà nombreux, recueillis tant dans notre pratique civile que dans notre service d'hôpital, il ressort que la nouvelle méthode ne participe en rien à la gravité des autres procédés, et qu'elle ne paraît pas différer sensiblement, sous ce rapport, du

simple cathétérisme dilatateur. Bien que nous ayons eu à la pratiquer dans les circonstances les plus graves et les plus difficiles, nous n'avons jamais eu à déplorer un seul accident. C'est à peine si deux ou trois malades ont éprouvé un léger accès fébrile sans conséquence.

Parmi les nombreuses observations que nous possédons, nous nous contenterons de placer sous les yeux de nos confrères les quatre suivantes :

Obs. I. *Rétrécissements multiples. — Incision par la nouvelle méthode d'urétrotomie, dite à lame découverte. — Guérison.* — Charpentier (Charles), âgé de trente-six ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 18 mars 1861, pour y être traité de rétrécissements graves de l'urètre, consécutifs à de nombreuses hémorrhagies. Depuis quelque temps, la miction était devenue des plus difficiles ; l'urine coulait goutte à goutte, et seulement sous l'influence d'efforts prolongés. Une bougie fine, d'un millimètre de diamètre, ne put être introduite qu'avec difficulté ; elle ne put être gardée que quelques heures, par l'impossibilité où se trouva le malade d'uriner en la conservant dans le canal. Pendant les huit jours suivants, on continua l'introduction de la bougie ; mais, voyant que la dilatation ne faisait aucun progrès, M. Maisonneuve se décida à proposer l'opération par son nouveau procédé d'urétrotomie à lame découverte, et y procéda, le 1er avril 1861, de la manière suivante : Le malade étant horizontalement couché sur le dos, le chirurgien, placé du côté droit, introduisit dans l'urètre une bougie d'un millimètre et demi de diamètre, munie à son extrémité externe d'un petit ajutage métallique. Cette introduction se fit lentement, mais sans difficultés sérieuses. Aussitôt après, M. Maisonneuve vissa sur l'ajutage de la bougie l'extrémité de son tube cannelé, dont le diamètre dépassait à peine celui de la bougie ; puis il le poussa doucement dans l'urètre, à la suite de la bougie qui se repliait dans la vessie à mesure que le tube cannelé pénétrait. Cette introduction étant achevée, et la cannelure du tube étant dirigée en bas, l'opérateur fit pénétrer dans cette cannelure la lame tranchante, qu'il poussa doucement au moyen du stylet conducteur, de manière à lui faire parcourir toute la longueur du tube cannelé. Cette dernière partie de l'opération se fit rapidement, c'est-à-dire en trois ou quatre secondes, ce qui n'empêcha pas le chirurgien de reconnaître aux petites secousses qu'éprouva la lame, chaque fois qu'elle incisait un rétrécissement, que ceux-ci étaient au nombre de cinq.

Immédiatement après l'incision, l'instrument fut retiré tout entier ; il s'écoula à peine deux ou trois gouttes de sang. Le malade dit n'avoir éprouvé que quelques secousses à peine sensibles, et il ne comprenait pas que l'opération fût terminée. Pour s'assurer que les dimensions du canal étaient bien rétablies, le chirurgien introduisit une bougie métallique numéro 40, puis du numéro 44, qu'il retira aussitôt.

Pendant la nuit suivante, le malade eut un très-léger frisson,

suivi de chaleur et d'un peu de moiteur. Cet accident ne se renouvela pas, bien qu'on eût passé encore plusieurs fois les bougies métalliques.

Après être resté en observation quelque temps encore, il sortit de l'hôpital le 22 avril 1861.

Obs. II. *Rétrécissements multiples, accompagnés d'une tumeur périnéale. — Incision par la nouvelle méthode d'urétrotomie, dite à lame decouverte. — Guérison.* — Céron (Jacques), âgé de quarante ans, vint à l'hôpital de la Pitié le 29 avril 1861, pour y être traité d'une tumeur au périnée, accompagnée de dysurie. Ce malade a eu plusieurs blennorrhagies traitées les unes par le copahu, d'autres par les injections; depuis plusieurs années déjà, il éprouve une certaine difficulté dans l'émission des urines ; plusieurs fois il a été soumis à des traitements par les bougies, mais, après une amélioration de quelques semaines, les choses revenaient à leur état primitif.

Depuis quelques jours la difficulté d'uriner a augmenté ; une tumeur grosse comme un œuf de pigeon s'est manifestée au périnée. L'exploration démontre qu'il existe, à 12 centimètres de profondeur, un rétrécissement très-dur et fort étroit.

M. Maisonneuve, considérant que les divers traitements dilatateurs n'avaient obtenu aucun succès durable, et d'ailleurs sachant par son expérience personnelle que l'incision faite par la nouvelle méthode n'exposait à aucun des accidents ordinaires de l'urétrotomie par les anciens procédés, proposa l'opération, qui fut immédiatement acceptée et exécutée le 1er mai, de la manière suivante. Une bougie fixe, de 5 millimètres de circonférence, est introduite dans l'urètre, le conducteur cannelé est vissé sur l'extrémité externe de la bougie, et poussé doucement jusque dans la vessie; l'opérateur, introduisant ensuite la lame dans la cannelure, la fait cheminer rapidement dans toute l'étendue du canal, retire l'instrument et lui substitue une bougie de 22 millimètres de circonférence. Une minute à peine a suffi pour l'opération entière ; il ne s'est pas écoulé une goutte de sang. Le malade n'a ressenti aucune douleur vive; les jours suivants on entretient la dilatation en passant chaque jour des sondes d'étain de 22, 23, 24 millimètres de circonférence, et le malade sort guéri le 20 mai 1861.

Obs. III. *Rétrécissements anciens. — Rupture de l'urètre, abcès urineux, urétrotomie par la nouvelle méthode, dite à lame découverte. — Guérison.* — Lefebvre (Jean), âgé de soixante-quatre ans, est atteint depuis longues années de rétrécissements de l'urètre, consécutifs à des blennorrhagies multipliées ; il a subi à diverses reprises des traitements dilatateurs par les bougies. Depuis un mois la dysurie a fait des progrès considérables ; il n'urine plus que goutte à goutte. Tout d'un coup, le 15 mai, les bourses se sont tuméfiées, un vaste abcès urineux s'est déclaré et menace de s'étendre vers l'abdomen et la cuisse; c'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital de la Pitié, le 19 mai 1861.

Le premier soin de M. Maisonneuve fut d'inciser largement l'abcès urineux des bourses ; puis, ayant constaté l'existence de rétrécissements fibreux, à 10 centimètres de profondeur, il procéda immédiatement à l'urétrotomie par sa nouvelle méthode.

Une bougie élastique, armée de son ajutage, est introduite sans trop de difficultés ; sur cette bougie M. Maisonneuve visse le tube conducteur, et le pousse à la suite de la bougie jusque dans la vessie ; puis, introduisant la lame tranchante dans la cannelure du tube, il lui fait parcourir rapidement toute la longueur du canal et retire le tout. Cette dernière partie de l'opération a duré à peine deux secondes ; le malade ne s'en est pas même aperçu ; il s'écoula une ou deux gouttes de sang.

Aussitôt après l'opération, M. Maisonneuve introduit une bougie du numéro 22, puis une autre du numéro 24, c'est-à-dire de 22 et 24 millimètres de circonférence. Depuis lors, aucun accident ne s'est manifesté ; le malade urine à plein jet, l'abcès urineux se déterge ; M. Maisonneuve se contente de passer de temps à autre une sonde d'étain de gros calibre pour entretenir la dilatation.

Obs. IV. *Rétrécissement traumatique très-grave. — Urétrotomie par la nouvelle méthode, dite à lame découverte. — Guérison immédiate.* — Le 3 juin 1861, le nommé Perrot (Pierre), âgé de trente-trois ans, fut reçu à l'hôpital de la Pitié, dans la salle de M. Maisonneuve, pour un rétrécissement grave de l'urètre. Ce malade raconte qu'à l'âge de seize ans, il reçut dans la région du périnée un coup de pied violent, qui lui fit uriner du sang, et que depuis lors l'émission des urines est toujours restée difficile. Il affirme n'avoir jamais eu de blennorrhagie. Comme il n'est pas toujours sobre, il dit éprouver, chaque fois qu'il commet quelque excès de boissons, une difficulté plus grande à uriner ; ce n'est que par des efforts violents qu'il vient alors à bout de rendre quelques gouttes d'urine.

L'examen extérieur du canal fait reconnaître à la racine des bourses, à 10 centimètres environ du méat, une petite nodosité très-dure ; la bougie est arrêtée brusquement aussi dans le même point.

Avant d'entrer à l'hôpital, le malade avait plusieurs fois essayé de se faire guérir, mais on n'avait jamais pu, avec les bougies les plus fines, franchir le rétrécissement.

Plusieurs médecins étrangers qui assistaient à la clinique, parmi lesquels, entre autres, M. le docteur Boudant, professeur à l'école secondaire de Clermont, étant très-désireux de voir quel serait dans ce cas difficile la puissance de la nouvelle méthode, M. Maisonneuve se mit en devoir de procéder immédiatement à l'opération. Plusieurs bougies filiformes furent d'abord essayées tour à tour et ne purent parvenir à franchir l'obstacle, mais l'opérateur fut plus heureux avec une bougie en baleine extrêmement souple et fine ; substituant alors une bougie élastique à la bougie en baleine, M. Maisonneuve put, avec de la patience, la pousser jusque dans la vessie ; aussitôt il prit son conducteur cannelé, le vissa à l'extrémité externe de la bougie, le poussa doucement dans l'urètre et parvint

peu à peu à l'introduire complétement. Ceci étant fait, M. Maisonneuve plaça dans la cannelure du conducteur la lame tranchante, l'introduisit dans l'urètre, et la fit ensuite glisser dans toute la longueur du tube; dans ce mouvement la lame éprouva trois petites secousses, ce qui indiquait trois rétrécissements L'instrument fut immédiatement retiré, et M. Maisonneuve introduisit à sa place une bougie élastique volumineuse du numéro 20 de la filière Charrière, c'est-à-dire de 20 millimètres de circonférence.

L'opération avait duré dix minutes environ, neuf minutes et demie pour l'introduction de la bougie et du conducteur, et quelques secondes seulement pour l'opération proprement dite.

Le malade n'a accusé qu'une sensation faible de piqûre ; il ne s'est pas écoulé deux gouttes de sang.

En présence de ce résultat si rapide et si complet, les assistants ne purent retenir un cri d'admiration.

Le malade, depuis ce moment, urine parfaitement; il n'a pas éprouvé le moindre accident, pas même un léger frisson. Il aura été en quelques instants débarrassé d'une infirmité qui menaçait sa vie, et qui, dans tous les cas, la rendait excessivement pénible.

Conclusions. — Des considérations qui précèdent, appuyées sur les faits dont nous venons de fournir quelques exemples, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que, grâce à la nouvelle méthode, l'urétrotomie, dont l'exécution, naguère encore si difficile et si compliquée, n'était accessible qu'à un petit nombre de chirurgiens exceptionnellement habiles, est devenue désormais tellement simple, facile et sûre, qu'elle peut être pratiquée par tous les chirurgiens et par les malades eux-mêmes ;

2° Que, grâce à cette même méthode, l'urétrotomie, naguère encore si justement redoutée des praticiens et des malades, à cause des accidents graves dont elle était habituellement suivie, est désormais devenue l'une des opérations les moins douloureuses et les plus innocentes de la chirurgie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur un nouveau procédé de préparation du tartrate ferrico-potassique.

Par M. Roger, pharmacien-major.

Une des causes qui nuisent le plus aux progrès de la thérapeutique est, sans contredit, la variété des préparations pharmaceutiques livrées par les diverses officines; souvent ce fait s'observe

même pour de simples produits chimiques. M. Roger vient nous en fournir un nouveau témoignage à l'égard de l'un des sels de fer aujourd'hui les plus employés en médecine : le tartrate de sesquioxyde de fer et de potasse.

Le but que l'on s'est proposé en adoptant ce sel a été de pouvoir toujours compter sur un produit soluble, bien défini et toujours le même. Or, M. Roger vient nous prouver, par l'analyse d'échantillons pris à dix sources différentes, qu'aucun d'eux n'avait la même composition : ils ne se dissolvaient qu'en partie, ou laissaient déposer par le repos un précipité plus ou moins abondant ; ils contenaient presque tous de l'ammoniaque, quelquefois en très-forte proportion, ou bien un excès de potasse plus ou moins considérable; la quantité de fer, principal élément de ce composé, s'est trouvée souvent en proportion très-faible. Nous passons sous silence le tableau qui résume les résultats des analyses de ce pharmacien distingué, pour donner place au procédé nouveau qu'il propose pour prévenir désormais cette variété de composition du médicament.

Le procédé indiqué dans tous les traités de pharmacie pour la préparation du tartrate ferrico-potassique, poursuit M. Roger, nous paraît défectueux; il exige une quantité d'eau considérable; il faut en employer, comme on sait, six parties pour une partie de crème de tartre, sans compter l'eau que contient toujours abondamment le sesquioxyde de fer hydraté. Cela est indispensable pour que la dissolution de cet oxyde puisse se faire facilement; la quantité d'eau qu'il renferme est égale au moins à celle qui a d'abord servi, non pas à dissoudre, mais seulement à diviser la crème de tartre ; de sorte que, pour obtenir un kilogramme de tartrate ferrico-potassique, il est nécessaire d'employer environ douze litres d'eau dont l'évaporation doit se faire forcément au bain-marie, de manière que la température ne dépasse pas 60 degrés, comme on le recommande toujours.

Cette opération demande donc beaucoup de temps et, de plus, beaucoup de soins, car il est important de ne pas abandonner la préparation à elle-même; il faut continuellement agiter le liquide, qui, sans cela, se recouvre d'une pellicule souvent très-épaisse qui en empêche l'évaporation. Mais ce n'est là encore qu'un léger inconvénient; le plus grave, selon nous, c'est que, malgré toutes les précautions possibles, les liqueurs restent trop longtemps au contact de la chaleur, qui, bien que peu élevée, puisqu'elle ne dépasse pas 60 degrés, décompose cependant petit à petit une plus ou moins forte proportion de sel, en déterminant la réduction d'une certaine

quantité de sesquioxyde de fer, et en décomposant, par conséquent, une quantité de tartrate acide de potasse. Il résulte de cette réaction la formation d'un sel ferreux jaunâtre insoluble; si on continue l'évaporation, sans se préoccuper de la présence de ce nouveau produit, on obtient finalement un sel composé de tartrate ferreux et de tartrate ferrique, en partie insoluble.

Tous ceux qui ont eu l'occasion de préparer ce sel ont dû remarquer ce phénomène ; mais si, jusqu'à ce jour, on n'a pas réussi complétement à empêcher la production du tartrate ferreux, on a du moins trouvé le moyen de le dissoudre, et on y parvient facilement en rendant la liqueur fortement alcaline, en l'additionnant de potasse ou d'ammoniaque ; c'est, du reste, ce que font presque tous nos fabricants de produits chimiques, et c'est pourquoi il arrive aussi qu'il n'y a pas, dans le commerce, deux tartrates ferrico-potassiques de même composition. Les uns contiennent de la potasse en excès ; les autres, c'est le plus grand nombre, contiennent de l'ammoniaque, quelquefois en très-forte proportion.

Il ne nous appartient pas de juger nous-même si, au point de vue thérapeutique, la présence de l'ammoniaque dans ce médicament est utile ou nuisible ; mais il n'en est pas moins vrai que ces additions de potasse ou d'ammoniaque en changent constamment la nature.

Ces alcalis, par leur action sur le tartrate ferreux insoluble dont nous venons de parler, ne se bornent pas seulement à dissoudre ce sel ; mais, au contact de ces alcalis, ce même tartrate absorbe rapidement l'oxygène de l'air, et passe vite à l'état de sel ferrique. En effet, sa couleur jaunâtre devient noire très-promptement, et la solution qu'il produit est en tout semblable à celle des sels ferriques.

Un autre inconvénient qui est attaché encore à ce mode de préparation, c'est que la solution du sesquioxyde de fer dans la crème de tartre ne se fait qu'à mesure que celle-ci se dissout dans l'eau, et il ne peut se dissoudre de ce sesquioxyde qu'une petite quantité à la fois, attendu que la crème de tartre n'est soluble que dans quinze fois son poids d'eau bouillante. La quantité d'eau employée, bien que considérable, est donc encore insuffisante, puisque sa température ne doit pas être portée au delà de 60 degrés. Il faut donc attendre un temps très-long avant que la crème de tartre soit complétement dissoute et saturée d'oxyde de fer ; il est même assez difficile de reconnaître le moment où cette saturation est complète ; il résulte de cette difficulté qu'il y a toujours dans la liqueur un

excès de sesquioxyde qui décompose une certaine quantité de tartrate acide de potasse et donne naissance au sel ferreux.

De toutes ces données, on arrive à conclure que nous n'avons encore, jusqu'à ce jour, que des produits représentant très-imparfaitement la composition que doit avoir le tartrate ferrico-potassique. Le nouveau procédé de préparation de ce tartrate, que nous présentons ici, consiste à faire dissoudre du sesquioxyde de fer fortement hydraté dans de l'acide tartrique. La dissolution se fait très-bien et très-vite, aux dépens seulement de l'eau d'hydratation du sesquioxyde, et en maintenant la température de 40 à 50 degrés. On s'aperçoit facilement que la saturation de l'acide est terminée lorsque le liquide, de clair qu'il était pendant l'opération, devient trouble, s'épaissit, et finalement se prend en gelée; on cesse alors d'ajouter du sesquioxyde de fer, dont il y a déjà un léger excès, et on verse par petites quantités, sur cette gelée, qui ne tarde pas à se dissoudre, une solution très-concentrée de carbonate de potasse purifié dont on a préalablement déterminé le titre. De cette manière, on sait la quantité que l'on doit en employer. En effet, cette quantité doit être d'un équivalent pour chaque équivalent d'acide tartrique.

Cependant la connaissance du titre de la potasse n'est pas absolument nécessaire, parce que l'on est averti que la saturation du tartrate ferrique acide est achevée, au moment où une petite quantité de la solution potassique ajoutée ne produit plus d'effervescence. On s'arrête alors et l'on essaye si la liqueur est encore acide; dans ce cas, on ajoute de nouveau de très-petites quantités à la fois de la solution de carbonate de potasse, jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction légèrement alcaline; puis on retire du bain-marie le vase dans lequel on a opéré, et on le laisse refroidir. Douze heures après, on décante et on filtre la liqueur, qui passe vite et très-claire; ensuite on la fait évaporer au bain-marie, en agitant constamment jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à une consistance sirupeuse, et on l'étend alors en couches minces, à l'aide d'un pinceau, sur des plaques de verre que l'on porte à l'étuve. On obtient ainsi de belles paillettes d'un rouge grenat foncé. Ou bien encore, on termine tout simplement la dessiccation dans des moules en fer-blanc offrant une large surface; en suivant ces dernières indications, ce sel se présente, non plus en paillettes, mais en petits morceaux noirs assez semblables à du jais. Du reste, le tartrate, quel que soit son aspect, offre toujours la même composition, et se dissout dans l'eau, sans laisser de résidu; de plus, il est très-peu

hygrométrique, ce qui fait qu'il peut être facilement employé sous forme pilulaire.

Cependant nous devons faire remarquer que la solution de ce sel ne se fait pas immédiatement ; il faut attendre quelque temps avant qu'elle soit complète, parce qu'il s'agglomère d'abord dans le fond du vase dans lequel on opère ; mais, au bout d'une demi-heure au plus, on obtient une solution limpide et qui se conserve sans se troubler.

Maintenant, comme on a pu le voir à la colonne n° 10 de notre tableau, ce sel, dont la composition est toujours la même, se rapproche beaucoup d'un composé bien défini ; en effet, supposons, ce qui est vrai du reste, que le tartrate ferrico-potassique, chimiquement pur et desséché à 100 degrés, ait pour formule (KO, Fe^2O^3T) (1), nous aurons en centièmes, acide tartrique 50,9, potasse 18,2, sesquioxyde de fer 30,9=100. Ainsi donc, notre tartrate ne diffère d'un tartrate chimiquement pur que par la différence de deux parties sur cent, et encore nous savons que cela tient à quelques impuretés qui proviennent des matières premières employées.

Nous avons aussi préparé des tartrates ferrico-potassiques avec le tartrate neutre de potasse, ainsi qu'avec le tartrate neutre de potasse et de soude. Ces tartrates alcalins neutres ont la propriété de dissoudre une quantité de sesquioxyde de fer assez considérable et toujours la même, 16 pour 100, c'est-à-dire juste un demi-équivalent. Ces tartrates ferrico-potassiques, ainsi préparés, sont très-solubles, très-hygrométriques et fortement alcalins ; ils contiennent 14 pour 100 de sesquioxyde de fer ; cette quantité de fer est donc très-faible, comparée à celle que contient le tartrate ferrico-potassique ordinaire.

Sirop citro-alcalin contre la diathèse d'acide urique.

M. le docteur Rapatel assure que la formule suivante lui a donné des succès non douteux dans les cas de diathèse d'acide urique.

Pr.	Sirop de sucre	500 grammes.
	Citrate acidulé de soude	50 grammes.
	Teinture de zestes de citron	10 gouttes.

Une cuillerée à bouche, dans une petite tasse d'infusion d'uva-ursi, trois fois par jour.

---

(1) $T = C^8H^4O^{10}$.

Pilules de carbonate d'ammoniaque contre la bronchite chronique.

Suivant le docteur J. Willams, de Cork, l'association médicamenteuse ci-dessous, rend de grands services dans la bronchite chronique, principalement lorsque la sécrétion est visqueuse et l'expectoration difficile :

Pr. Gomme ammoniaque................	50 centigrammes.
Ipéca pulvérisé......................	12 centigrammes.
Chlorhydr. de morphine.............	5 centigrammes.
Carbonate d'ammoniaque.............	30 centigrammes.
Mucilage de gomme..................	Q. S.

Mêlez et divisez en 10 pilules. On enduit les pilules d'un vernis composé de baume de Tolu dissous dans le chloroforme, et on les conserve dans un flacon bien bouché. On débute par l'emploi d'une pilule prise le soir.

Vin antidyspeptique.

Lorsque la dyspepsie est accompagnée de douleurs gastralgiques, M. Caffe prescrit un vin composé de :

Pr. Vin de Malaga...........................	500 grammes.
Aya pana................................	10 grammes.
Colombo.................................	5 grammes.
Feuilles de belladone....................	5 grammes.

Faites macérer pendant dix jours.

Dose : une cuillerée à bouche avant chaque repas.

Ce vin réussit souvent, dit ce médecin, dans les cas où les préparations de pepsine ont échoué.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement de la chute du rectum chez les enfants par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine.

Par le docteur Foucher, chirurgien des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine.

La chute du rectum chez les enfants ne constitue pas en général une maladie grave, et quand il n'existe aucune complication, on peut espérer la guérison radicale sans avoir recours à une opération. Ainsi, on a employé en pareil cas et assez souvent avec succès les lotions astringentes avec la décoction de quinquina, de ratanhia, la solution d'alun, de sulfate de fer, etc.; la com-

pression de la région anale, au moyen d'un appareil approprié, ou bien encore des suppositoires avec le savon auquel on ajoute quelque substance astringente. Il faut dire toutefois que, même chez les enfants, ces moyens n'ont qu'une action fort lente et sont assez souvent inefficaces. C'est alors qu'on a eu recours aux moyens chirurgicaux, tels que l'excision de la muqueuse, celle de plis rayonnés, comme la pratiquait Dupuytren. On a aussi songé à des moyens basés sur la nature de la cause principale de la maladie, que l'on a attribuée en partie au défaut de tonicité et contractilité du muscle sphincter anal.

Ainsi, c'est dans le but de rendre au sphincter sa tonicité que M. P. Guersant pratique la cautérisation, qui avait été autrefois employée pour détruire en totalité ou en partie la muqueuse saillante. Ce chirurgien applique quatre boutons de feu disposés en croix autour de l'anus. Ces cautérisations, faites avec un cautère olivaire, doivent être assez profondes pour amener la guérison. M. Duchenne, de Boulogne, a soumis à l'excitation électrique le sphincter anal d'un malade placé dans le service de M. Boyer. Après dix séances, le sphincter serrait fortement le doigt introduit dans le rectum, mais il est probable que le malade était peu satisfait de ce traitement, puisqu'il a quitté l'hôpital tout à coup. Schwartz a préconisé la noix vomique à l'intérieur et a obtenu des succès en donnant, de quatre en quatre heures, 2 à 15 gouttes d'une solution de 10 centigrammes de noix vomique dans 8 grammes d'eau distillée. Enfin, M. Duchaussoy a appliqué la strychnine par la méthode endermique. Il met dans un dé à coudre une petite boulette de coton imbibée d'ammoniaque et établit deux petits vésicatoires, l'un à la partie inférieure du sillon interfessier, l'autre à la partie interne de la fesse et à la racine des bourses; il saupoudre le derme dénudé avec 1 centigramme d'abord, puis avec 2 centigrammes de strychnine.

Ayant eu, il y a deux ans, à traiter un enfant atteint d'une chute du rectum ancienne, je songeais à l'emploi des excitants de la contractilité anale, lorsque je me rappelai les succès que M. Béhier venait d'obtenir au moyen des injections sous-cutanées, selon la méthode de Wood. Je résolus alors de tirer parti de ce mode d'application du médicament et de porter directement la strychnine sur les fibres du sphincter anal. Voici les détails de ce fait intéressant, tels qu'ils ont été recueillis par M. Michou, interne du service.

Obs. I. Dans les premiers jours de juillet 1859, on présente à M. Foucher, à l'hospice des Enfants-Trouvés, une fille de quatre

ans, entrée la veille au dépôt et atteinte depuis plusieurs mois d'une chute de la muqueuse rectale. Cette enfant, très-lymphatique, a chaque jour trois à quatre selles demi-liquides et à chaque garde-robe la muqueuse rectale fait en dehors de l'anus un bourrelet très-saillant. Si l'on réduit immédiatement, on n'éprouve aucune difficulté; mais si l'on attend seulement un quart d'heure, la muqueuse serrée par le sphincter se boursoufle, devient rouge cramoisi et ne peut être repoussée sans un effort assez violent et sans produire une vive douleur.

M. Foucher, avant de combattre cette affection par l'un des procédés chirurgicaux ordinairement mis en usage, se décida à tenter une injection sous-cutanée d'une dissolution de sulfate de strychnine, dans le but de donner au sphincter plus de tonicité. A cet effet, il enfonce la canule d'une seringue de Pravaz dans la direction du sphincter, à 1 centimètre en dehors de l'anus, et injecte 10 gouttes d'une solution contenant 20 centigrammes de sulfate de strychnine pour 20 grammes d'eau distillée.

Dans le courant de la journée, l'enfant n'éprouve rien d'insolite, elle mange et joue comme de coutume, et sur trois garde-robes, la muqueuse ne tombe qu'une seule fois. Le lendemain, pas de prolapsus; le surlendemain, une seule chute de la muqueuse. Vingt-quatre heures après, M. Foucher injecte de nouveau 14 gouttes de la solution de sulfate de strychnine, et depuis cette époque, pendant six semaines que l'enfant reste dans le service, la muqueuse ne fait pas une seule fois prolapsus.

Lorsque je fis connaître cette première observation, je me gardai d'exagérer l'importance d'une seule guérison obtenue dans une maladie qui guérit quelquefois facilement. Toutefois, cette application nouvelle de la méthode hypodermique me parut si simple, si peu douloureuse, si exempte d'inconvénients, que je dus désirer que son efficacité fût mise hors de doute par de nouveaux faits.

Depuis lors, j'ai de nouveau employé le même traitement et avec le même succès, dans la circonstance suivante :

Obs. II. Le 5 décembre dernier, Mme G***, demeurant rue des Vieux-Augustins, 16, m'amena son jeune garçon, âgé de trois ans, et qui est affecté depuis plus de deux mois d'une chute du rectum qui se produit à chaque garde-robe. La muqueuse rectale fait alors, en dehors de l'anus, un bourrelet saillant, rouge violacé. La réduction, qui était facile au début, est devenue plus pénible depuis une quinzaine de jours. Cet accident a été combattu en vain par les lavements froids et astringents, par la pommade au ratanhia. Je

n'hésitai pas à proposer l'injection de sulfate de strychnine, parce que déjà ce traitement m'avait réussi dans un cas parfaitement semblable.

Le lendemain, 6 décembre, le rectum relaxé étant préalablement réduit, j'enfonçai la canule d'une seringue de Pravaz à 1 centimètre environ en dehors de l'anus, et j'injectai 12 gouttes d'une solution contenant 20 centigrammes de sulfate de strychnine pour 20 grammes d'eau distillée. Je malaxai la région pendant une minute, afin de faire mieux pénétrer le liquide injecté. L'enfant s'aperçut à peine de cette petite opération, et ne cessa pas de manger le gâteau qu'il avait à la main. Dans la journée, il n'eut aucun malaise et deux garde-robes ne furent pas suivies de prolapsus. Depuis cette époque, la muqueuse ne s'est plus renversée.

Mon collègue, M. Dolbeau, a, de son côté, en suivant les indications que j'avais données, obtenu deux guérisons par le même moyen (*Bulletin de Thérapeutique*, janvier 1861). Chez sa première malade, qui fut opérée en ma présence, l'infirmité datait de deux ans, la muqueuse faisait à chaque garde-robe une saillie de 3 centimètres, mais que la plus simple pression suffisait à réduire. Deux injections de 10 gouttes de la solution de sulfate de strychnine, faites à trois jours d'intervalle, ont procuré une guérison radicale.

Le deuxième malade était un garçon de cinq ans, chez lequel le rectum faisait à chaque garde-robe une saillie de 3 centimètres 1/2. On avait essayé les bains, les lavements froids et astringents et l'électricité. Une injection de 11 gouttes de la solution de sulfate de strychnine a suffi pour procurer une guérison complète et persistante.

Voilà donc quatre faits et quatre succès. Je crois que désormais, quand même on viendrait à enregistrer quelques insuccès, l'efficacité du procédé que j'ai proposé pour guérir la chute du rectum ne saurait être contestée.

Ce moyen est, je le répète, si simple, si peu douloureux, si exempt d'inconvénients, qu'il mérite certainement de prendre une place importante dans la thérapeutique des chutes du rectum.

De l'application de la cautérisation linéaire et destructive au traitement de l'enchondrôme.

Muller donne le nom d'*enchondrômes* à des tumeurs qui se développent généralement dans le voisinage des articulations ; on en

rencontre cependant au cou et ailleurs (1), et j'aurai l'occasion d'en faire une étude spéciale. Ces tumeurs, qui affectent une forme arrondie, offrent, quand elles sont mises à nu, un aspect fibro-cartilagineux et elles résultent évidemment du développement anormal des fibres musculaires et cartilagineuses : de là leur couleur rosée, mêlée d'un jaune tendre. Elles peuvent assez facilement se confondre avec les tumeurs fibro-plastiques, et l'examen microscopique peut seul les bien différencier : ces dernières offrent en effet, à l'œil armé du microscope, des *noyaux fibro-plastiques*, des *fibro-plastiques fusiformes*, et enfin des *cellules fibro-plastiques* (Ch. Robin) qui caractérisent plus spécialement (selon moi) le *cancer fibro-plastique*. Ces dernières tumeurs peuvent assez souvent, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer, infecter l'économie et se généraliser ; ce qui paraît n'avoir que bien rarement lieu pour l'enchondrôme, qui peut aussi cependant repulluler sur place (2).

J'ai eu l'occasion de traiter, à l'aide de la cautérisation linéaire et destructive, deux enchondrômes développés dans le voisinage de l'articulation fémoro-tibiale. Si j'ai échoué dans le premier cas (un peu par l'inexpérience de l'opérateur, beaucoup par la faute du malade, qui a manqué de persévérance et de courage), j'ai du moins merveilleusement réussi dans le second cas, et le temps est venu pleinement confirmer ce premier succès.

Obs. I. M. C***, âgé de quarante-huit ans, ouvrier charpentier, demeurant à Paris, d'une bonne et forte constitution, porte, au côté interne de l'articulation fémoro-tibiale gauche, au point qui correspond à l'articulation du péroné avec la tête du tibia, une tumeur ayant environ le volume d'un petit œuf de poule et faisant, en raison de ce volume, une saillie d'environ 0m,020, avec un grand diamètre de 0m,075, et le petit de 0m,065. L'origine de cette tumeur, qui n'a commencé que depuis un an à se développer assez rapidement pour acquérir le volume actuel, remonterait à six ou sept ans : elle serait, au dire de l'ouvrier, la conséquence d'un effort qu'il au-

---

(1) Ainsi, M. le docteur Bucz a publié plusieurs observations d'enchondrômes du tissu cellulaire, et M. le docteur Dolbeau, que j'aurai encore l'occasion de citer, a publié le fait d'un enchondrôme développé dans les glandes sébacées (Gazette des Hôpitaux, année 1859, n° 137, et 1860, n° 123.)

(2) M. Richet en a cependant cité un exemple de généralisation chez un malade, qui a succombé douze jours après l'ablation d'un enchondrôme de l'épaule et chez lequel on a trouvé, dans les poumons, une foule de petites tumeurs solides, arrondies et ayant tout à fait l'aspect de la production morbide de l'épaule. (Soc. de chirurg., séance du 23 juillet 1855.) M. le docteur Dolbeau a également rapporté un fait qui tend aussi à prouver la généralisation de ce produit pathologique. (Gazette des Hôpitaux, ann. 1859, n° 151.)

rait fait pour changer une solive de place. Faisant alors agir la pointe du pied, en lui imprimant un mouvement de rotation, il aurait ressenti une douleur au côté gauche de l'articulation, douleur qui aurait persisté depuis ce moment, jusqu'à l'époque où la tumeur actuelle aurait commencé à se développer.

Cette tumeur, très-adhérente aux tissus sous-jacents, est fort dure, insensible au toucher, quoiqu'elle fasse ressentir par moments et profondément quelques élancements. Je l'attaquai immédiatement (25 octobre 1852) par une première cautérisation linéaire à laquelle je donnai une longueur de $0^m,070$, et qui excita une douleur assez vive. Le 27, je renouvelai cette cautérisation, mais après avoir légèrement intéressé, à l'aide de la pointe acérée d'une lancette, cette première escarre, qui est dure comme un morceau de parchemin. Cette seconde cautérisation a été plus douloureuse que la première, et la douleur s'est immédiatement propagée jusque dans le centre de l'articulation. Cependant elle n'a pas tardé à se calmer, et le malade a pu quitter mon cabinet sans grande gêne ; mais elle s'est réveillée peu de temps après, se propageant à toute l'articulation, s'irradiant dans toute la cuisse, et donnant lieu à une réaction assez violente pour troubler le sommeil. Tous ces symptômes se sont accompagnés d'un mouvement fébrile marqué : quelques cataplasmes émollients et peu chauds les ont rapidement calmés.

28. Dès ce jour, on aperçoit, entre les bords de l'incision pratiquée dans l'escarre, l'aponévrose, sous laquelle la tumeur fait la même saillie que sous la peau : ce fut donc sur cette membrane que je fis porter la troisième cautérisation qui, dans le premier moment, fut moins douloureuse que les précédentes; mais la douleur se réveilla bientôt et fut fort vive pendant une bonne demi-heure. La vivacité et l'irradiation de la douleur s'expliquent facilement, la cautérisation ayant atteint nécessairement les filets nerveux qui s'épanouissent dans cette région, et qui sont fournis par le nerf saphène, le petit sciatique et le poplité externe.

Les 30 octobre et 3 novembre, quatrième et cinquième cautérisations pratiquées de manière à bien faire pénétrer le caustique sous l'escarre. Cette dernière cautérisation a été, à ce qu'il paraît, si douloureuse, et la douleur s'est présentée sous une forme telle, qu'elle paraît avoir effrayé le malade, qui s'est refusé à de nouvelles cautérisations. De ce moment, je commençai des pansements matin et soir avec l'onguent de la mère Th., ce qui favorisa la chute de l'escarre. La tumeur fut mise à découvert le 9 novembre, et offrit l'aspect d'une *tumeur charnue, mêlée de fibres très-fines et d'une teinte jaunâtre.*

En présence du refus du malade de continuer le traitement commencé, je pansai la plaie qui résultait des cautérisations avec de la pommade de concombre, et la cicatrisation était complète le 30 novembre. Je pus, à dater de ce jour, constater que la tumeur n'avait subi aucune modification et qu'elle était, à cette dernière date, dans des conditions tout à fait identiques à celles qu'elle offrait au début du traitement.

J'ai trouvé, ainsi qu'on va le voir, des conditions plus favorables

dans le cas suivant : d'abord plus d'expérience chez moi, et en second lieu j'ai eu affaire à un malade plus résolu à se faire débarrasser d'une infirmité qui pouvait un jour le gêner plus qu'elle ne le faisait dans le moment. Résolution pleine de sagesse, et qui rendrait beaucoup plus facile et bien moins dangereuse la thérapeutique des tumeurs, si on la rencontrait plus souvent.

Obs. II. Le nommé J.-B. A***, ouvrier menuisier, demeurant à Paris, et offrant les apparences d'une chétive constitution, porte sur la cuisse droite, immédiatement au-dessus de la rotule, *une tumeur* ayant la forme et le volume d'une bille de billard. Son origine remontait, au dire du malade, à l'âge de huit ans environ, mais ce n'est guère que depuis deux ans qu'elle a commencé à croître assez rapidement, pour acquérir les dimensions qu'elle offre aujourd'hui (5 août 1857). Cette tumeur est peu mobile, n'offre aucun changement de couleur à la peau, et elle ne cause, en définitive, que de la gêne, mais assez grande par instants.

La nature et la cause de cette tumeur sont évidemment incertaines. — A*** est en outre affecté d'un ulcère variqueux, situé au-dessus de la malléole interne de la même jambe.

Je procède immédiatement à une première cautérisation linéaire en croix, donnant 115 millimètres à la plus longue ligne de cautérisation, qui est parallèle au tibia, tandis que la plus courte, qui lui est perpendiculaire, n'en a que 90. Cette cautérisation est renouvelée les 6 et 7 août, mais après la petite manœuvre indiquée plus haut et dans le même but. De ces trois cautérisations, la première seule, en outre qu'elle a bien fait rougir la peau, a été assez douloureuse, mais sans que cette douleur puisse être comparée à celles accusées par le nommé Ch***. Après la troisième cautérisation (pratiquée le 8 août), je pus fendre l'escarre (sans exciter aucune douleur, sans déterminer la moindre perte de sang) jusqu'à l'aponévrose qui recouvre toute l'articulation, et que je pus inciser à son tour, après la quatrième cautérisation pratiquée le 10 août. J'attendis ensuite la chute de l'escarre, qui eut lieu le 14 : dans cet intervalle de temps, A*** put reprendre momentanément ses travaux.

14. A cette date, la dernière escarre se détacha et je reconnus alors que j'avais affaire à une *tumeur fibro-charnue*, c'est-à-dire résultant du développement anormal et excessif (provoqué, sans doute, comme dans le cas précédent, par une cause traumatique) des tissus fibreux et musculaires. J'ai alors pratiqué deux nouvelles cautérisations qui n'ont excité, quoiqu'elles aient été fort abondantes et profondes, que peu de douleur.

19. C'est à cette date que, dans la solution de continuité faite dans le centre de l'escarre à l'aide de la lancette, j'ai placé des morceaux de caustique Canquoin de forme appropriée et que j'ai maintenus appliqués à l'aide de bandelettes de diachylon. Quoique ayant été fort douloureuse, cette application n'a cependant pas troublé le sommeil (pas plus, du reste, que les suivantes), que j'ai favorisé en faisant prendre le soir une petite tasse de décoction de

têtes de pavots. Cette première escarre s'est détachée le 24, entraînant avec elle celle des cautérisations précédentes.

De ce moment, la tumeur se trouvant bien mise à découvert, je renouvelai les applications de canquoin, les 27 août et 3 septembre, et les fis bien porter sur le tissu morbide ; de sorte que la chute de chaque escarre amenait une diminution marquée de la tumeur, mais sans que la peau en fût beaucoup atteinte. C'est qu'en effet, celle-ci m'offrait un spectacle vraiment intéressant; on la voyait, pour ainsi dire, fuir devant le caustique, de sorte que si, dans le premier moment, il existait une plaie d'une étendue considérable, on la voyait se rétrécir sitôt l'escarre tombée, parce que la peau qui, en définitive, n'avait point été détruite, regagnait en partie le terrain qu'elle avait perdu. De cette époque, la tumeur fut parfaitement isolée, mais toujours très-adhérente par sa base, et je la recouvris de nouveau et dans son entier d'un morceau de canquoin, que je découpai comme les précédents, de manière à bien atteindre tout ce qui en était accessible à la vue, en ayant soin de ne pas négliger un petit fragment isolé de la tumeur, qui se trouvait séparé de la masse principale par du tissu sain ; manœuvre qui m'est rendue facile par suite de cette circonstance que j'ai plus d'une fois signalée, qu'il ne se fait aucun écoulement de sang et que l'examen de la plaie peut ainsi se faire avec la plus grande facilité. Cette dernière application (du 14 septembre) a été plus douloureuse que les précédentes, a produit une légère accélération du pouls (72 pulsations) et agité le sommeil, sans cependant apporter aucun trouble dans la santé générale. Le 17, nouvelle application (la sixième) de caustique, faite sur l'escarre ancienne, qui commence à peine à se détacher. L'action de cette dernière application, malgré la circonstance que j'ai indiquée, n'en a pas été moins active et a causé les mêmes troubles que la précédente. Dès le lendemain je fais faire, matin et soir, des pansements avec l'onguent de la mère Thècle.

21. Je réussis à enlever entièrement l'escarre, qui comprend la totalité de la tumeur, et quoique cela se soit fait sans presque d'efforts, cela n'a point été sans causer une douleur assez vive, évidemment causée par la présence d'un petit filet nerveux fourni par l'obturateur ou le saphène, filet qui fait saillie au milieu de la plaie et qui a été nécessairement atteint par le caustique.

Une fois la tumeur enlevée en totalité, on voit bien la place qu'elle occupait, et qui offre une légère dépression et une surface évidemment plus vasculaire que les tissus environnants ; cependant, il n'y a eu qu'une perte de sang inappréciable. Je procédai immédiatement, à l'aide de bandelettes agglutinatives, au rapprochement des bords de la plaie, après l'avoir toutefois légèrement touchée avec le crayon de nitrate d'argent.

Toute analyse microscopique eût été impossible, vu la désorganisation dont la tumeur a été frappée ; mais on n'en reconnaît pas moins qu'elle est constituée par le mélange des tissus fibreux et musculaires fortement condensés.

Les 22, 23, 24, 25 et 27, je continuai les mêmes pansements, touchant toujours soigneusement avec le crayon de nitrate d'argent

les parties qui ne paraissaient point offrir toutes les conditions de tissus parfaitement sains, en même temps que je rapprochai, à l'aide de bandelettes agglutinatives, les bords de la plaie; de telle sorte que, le 26, il restait à peine quelques légères traces de tissu malade. Dès le 28, je me contentai de toucher légèrement ce qui persistait de la plaie, toujours après avoir soigneusement arraché les croûtes, ce qui déterminait chaque fois un écoulement de sang assez abondant, indice de la persistance d'une grande vascularité dans cette région, condition que les cautérisations répétées ne pouvaient que réprimer.

A dater du 8 octobre, A*** reprit ses travaux, et vint dorénavant se faire panser chez moi jusqu'au moment de sa guérison complète, qui eut lieu le 28 de ce même mois, époque où j'adressai A*** à M. le professeur Velpeau, qui, l'ayant vu avant le traitement, à sa consultation de l'hospice de la Charité, put constater le résultat obtenu, c'est-à-dire une cicatrice presque linéaire, parfaitement souple, et ne nuisant en rien à la liberté des mouvements de cette importante articulation.

Je ne terminerai pas sans faire observer que l'histoire d'A*** peut être considérée comme un véritable spécimen de l'application de la cautérisation linéaire et destrnctive combinées ensemble, et que si, dans ce cas, comme dans le plus grand nombre du reste, la méthode de la cautérisation a exigé plus de temps, elle a dû offrir plus de chances d'enlever la totalité de la tumeur qu'avec l'instrument tranchant, qui, agissant sur des tissus offrant un aspect analogue aux tissus normaux, aurait pu ne pas les enlever complétement, à moins d'empiéter sur ceux-ci.

Le temps est venu parfaitement confirmer la bonté de la méthode, et la guérison, qui date aujourd'hui de près de quatre ans, ne s'est pas démentie un instant, et A*** jouit d'une égale liberté de mouvements dans les deux membres pelviens.

Maintenant, je crois devoir répondre à l'objection qui a été faite par mon illustre maître, en même temps qu'il faisait constater aux nombreux élèves qui suivent ses savantes leçons le résultat que j'avais obtenu, c'est que ce résultat aurait été le même, mais plus rapidement et plus facilement obtenu, si on avait eu recours au bistouri! — Oui, sans doute; mais avec des chances de danger qu'entraîne après elle toute opération chirurgicale pratiquée sur les articulations ou dans leur voisinage : chances de danger qui s'augmentent avec l'importance de l'articulation.

Ainsi, M. le docteur Philippeaux (de Lyon), dans son *Traité de la cautérisation* (p. 590), cite trois cas de mort survenue à la suite de l'extirpation, à l'aide de l'instrument tranchant, de kystes hématiques prérotuliens. Ces tristes issues d'opérations faites par

les mains les plus habiles ont été la conséquence du développement de phlegmons, qui ont produit à leur tour les terribles phénomènes de la résorption purulente! — Un Savoisien, à la vérité d'une mauvaise constitution, portait au côté interne du genou gauche, au-devant du condyle du fémur, et un peu au-dessous de la rotule, à côté des tendons des muscles extenseurs de la jambe, une tumeur mobile, de la grosseur et de la forme d'une grosse châtaigne, qui lui causait de vives douleurs lorsqu'elle s'engageait sous la rotule. Pour l'opérer, on eut recours au procédé de Goyrand, et le produit pathologique, devenu un véritable corps étranger, sorti de la cavité articulaire à l'aide d'une incision sous-cutanée, fut d'abord maintenu en dehors. Cette sage précaution et tous les soins apportés au manuel opératoire n'empêchèrent pas des accidents inflammatoires de se développer, et le malade succomba vingt-cinq jours après l'opération, après avoir aussi offert tous les symptômes de l'infection purulente. (Revue médico-chirurgicale de Paris, t. I, p. 297.)

A ces faits, qui témoignent incontestablement du danger de toute incision pratiquée au voisinage d'une articulation, on pourrait sans doute objecter que ce ne sont pas là des faits d'enchondrômes! Mais je répondrai que la Gazette des Hôpitaux (année 1857, n°s 39 et 42) a publié un mémoire renfermant deux observations d'enchondrômes des doigts, enlevés tous deux à l'aide du bistouri par la même main et avec une égale habileté : dans le premier cas, sans doute, avec succès! Mais, dans le second, des phénomènes d'inflammation se manifestèrent le jour même de l'opération, et ils furent suivis d'une suppuration abondante. Le sixième jour se développèrent les premiers symptômes d'infection purulente que le sulfate de quinine et l'alcoolature d'aconit administré à haute dose ne réussirent point à enrayer, et le malade succomba vingt-cinq jours après l'opération, après la manifestation d'un vaste abcès à la fesse.

Eh bien, dans mon opinion, si on eût eu recours, dans tous ces cas, à la cautérisation linéaire seule, ou à la cautérisation linéaire et destructive, le traitement eût peut-être été un peu plus long (et encore dans le cas d'enchondrôme du doigt, ayant eu une heureuse issue, a-t-il duré trois mois?), mais sans doute aucun des malades n'eût succombé, du moins telle est ma conviction.

Dr A. Legrand.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amaurose *survenue brusquement pendant la convalescence d'une pneumonie. — Guérison rapide par une émission sanguine.* Un homme âgé de soixante-trois ans, admis depuis quatre ans à Bicêtre pour une infirmité consécutive à une fracture du fémur, n'ayant d'ailleurs jamais été malade, et exempt en particulier de tout antécédent syphilitique, fut atteint, il y a deux mois, d'une pneumonie pour laquelle il fut transféré à l'infirmerie, dans le service de M. Léger. Guéri de la pneumonie, il était sur le point de quitter ce service pour rentrer dans sa division, lorsque tout à coup il devint amaurotique des deux yeux à la fois. M. Rabbinowicz, interne à Bicêtre, qui était de garde ce jour-là, fut appelé aussitôt. Dès qu'il fut rendu auprès du malade, celui-ci lui dit avec un accent de désespoir : « Depuis un quart d'heure je ne vois plus rien. » Il n'accusait du reste ni vertiges, ni bourdonnement, ni céphalalgie, en un mot aucun symptôme de congestion encéphalique. L'amaurose était complète, le malade ne voyait aucune des personnes qui l'entouraient, ni aucun des objets qu'on lui présentait. Malgré l'absence de tout symptôme de congestion vers la tête, M. Rabbinowicz fit appliquer immédiatement dix sangsues derrière chaque oreille et prescrivit en outre quelques prises de calomel. Six heures après l'application de ces vingt sangsues, qui produisirent un écoulement de sang abondant, et avant que le calomel eût pu produire aucun effet, le malade commençait à voir clair. Deux jours après, il pouvait lire très-bien les gros caractères d'impression, et à dater de ce moment cette amélioration, si rapidement obtenue, s'est maintenue. Ce cas peut être rapproché d'une catégorie de faits analogues qui se sont présentés dans la pratique de M. Sichel, et qui sont toujours difficiles et embarrassants au premier abord. Le premier est celui d'un cultivateur qui alla consulter M. Sichel pour une cécité presque complète des deux yeux, ayant le caractère d'une amaurose cérébrale obscurément congestive ; c'est-à-dire que l'amaurose présentait le caractère sthénique ou hypersthénique, sans qu'on pût constater des caractères fonctionnels très-prononcés de congestion cérébrale. Il n'existait que de la pesanteur à la tête, quelques bourdonnements d'oreilles, quelques légers étourdissements, etc. Aucune des causes ordinaires de l'amaurose cérébrale congestive n'existait, mais la maladie oculaire avait débuté vers la fin d'une pneumonie guérie depuis deux mois. Dans l'idée que l'embarras de la respiration, en empêchant la veine cave supérieure de se vider complétement, et en entretenant une stase veineuse intra-crânienne, devait produire une compression d'une partie du cerveau, et surtout les origines des nerfs optiques, M. Sichel prescrivit un traitement anticongestif, modérément antiphlogistique et dérivatif, secondé par un régime convenable et par le repos aussi complet que possible des organes respiratoires. Le résultat fut heureux.

Depuis lors, l'attention de M. Sichel étant éveillée sur ce point de pathogénie, il a eu souvent l'occasion d'observer des amauroses cérébrales congestives, sans autre cause qu'une phlegmasie actuelle ou récente des organes respiratoires, un catarrhe pulmonaire chronique ou subaigu, ou seulement la fatigue habituelle des organes respiratoires. (*Gaz. des hôpit.*, mai et juin 1861.)

Arsenic (*Emploi de l'*) *contre la bronchite chronique opiniâtre.* La notion des bons effets de l'arsenic contre les affections pulmonaires chroniques remonte à l'antiquité la plus reculée, puisque Dioscoride le donnait à l'intérieur contre les toux invétérées, l'asthme, la suppuration des poumons. De nos jours, s'il inspire des craintes exagérées à un certain nombre de praticiens qui n'osent y recourir, ce médicament, entre les mains de bon nombre de médecins qui le manient avec hardiesse et prudence à la fois, a donné d'excellents résultats dans diverses maladies, que nous n'avons pas besoin d'énumérer ; nous rappellerons seulement qu'un des points les mieux établis en thérapeutique, c'est l'efficacité de l'arsenic contre certaines formes d'éruptions cutanées. Or, la remarque ayant été faite que ces dernières affections se rencontraient assez souvent ou alternaient chez les mêmes sujets avec des maladies de l'appareil respiratoire, il devait arriver que l'on fût conduit à regarder cet agent phar-

maceutique comme indiqué dans les cas de complication l'une par l'autre de ces affections de la peau et de la muqueuse pulmonaire, soit qu'on se refusât à les regarder, soit qu'on les regardât comme étant une double expression d'un de ces états constitutionnels qui ont été désignés sous le nom de *diathèse*. C'est de cette dernière manière que les choses ont été envisagées par le docteur Wood. Ce médecin, pensant que certaines phlegmasies chroniques opiniâtres, quel qu'en fût le siége, pouvaient être entretenues par un vice de l'économie analogue à celui qui rend si rebelles certaines affections cutanées, telles que la lèpre, le psoriasis, etc., eut l'idée d'essayer l'arsenic dans un cas de bronchite chronique compliqué de psoriasis de la face, que, depuis une dizaine d'années, on traitait en vain par les moyens les plus variés. En conséquence, ayant administré la liqueur de Fowler à la dose de 3 à 5 gouttes trois fois par jour, il eut la satisfaction de voir que l'affection pulmonaire et l'affection cutanée avaient l'une et l'autre presque entièrement disparu au bout de six semaines. Elles se reproduisirent, il est vrai, trois ou quatre mois après; mais elles cédèrent de nouveau et très-rapidement à la liqueur de Fowler. (*Transact. of the Coll. of Physic. of Philadelphia*; *Half yearly abstract*, vol. XXXI; — *Ann. de littér. méd. étrangère*, 1861.)

Arthralgie *calcanéo-astragalienne chez les adolescents*. On a décrit sous les divers noms de *valgus accidentel*, *valgus douloureux*, de *contracture des péroniers*, une maladie encore peu connue et qui réclame des études nouvelles. Voici quelques données dues à M. le professeur Gosselin, qui a fait de cette affection l'objet d'une étude particulière.

Cette maladie, qui peut se développer à tous les âges, paraît avoir une prédilection pour les adolescents de quinze à dix-huit ans, qui grandissent vite et qui se livrent, pendant leur croissance, à des exercices fatigants. Elle se montre plus souvent sur le pied gauche que sur le pied droit. Les symptômes fonctionnels sont : une gêne de la marche à partir du milieu de la journée, et surtout le soir ; parfois une douleur véritable ; dans tous les cas, une claudication en rapport avec la gêne et la douleur dont il vient d'être question. Si les malades ne peuvent se reposer, ils boitent de plus en plus, et finissent par ne plus pouvoir marcher. Après quelques jours de repos, la marche redevient possible, mais la gêne et la claudication se rétablissent.

Les symptômes physiques sont : une déviation du pied en dehors (valgus), une saillie formée par les tendons des péroniers latéraux, saillie variable comme la contracture qui la produit, suivant les sujets et suivant les moments où l'on fait l'exploration : l'impossibilité, pour le malade, d'exécuter les mouvements de latéralité du tarse ; l'impossibilité, pour le chirurgien, d'exécuter ces mouvements, soit en saisissant avec une main la partie inférieure du pied et cherchant à la dévier en dehors ou en dedans, pendant que l'autre main immobilise le tibia, soit en saisissant avec les deux mains le bas de la jambe et la secouant pendant qu'on examine si cette secousse fait ou non mouvoir le pied en dehors et en dedans. Il est remarquable que pendant le sommeil anésthésique les mouvements de latéralité redeviennent faciles. C'est cette suppression des mouvements qui se passent en grande partie dans l'articulation calcanéo-astragalienne, qui fait penser à M. Gosselin que le point de départ est dans cette articulation et les os qui la forment, et non dans les muscles péroniers contracturés.

Deux jeunes gens atteints de cette affection se trouvaient dernièrement dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Beaujon. L'un de ces jeunes gens, sur le point de quitter l'hôpital, paraissait guéri après deux mois et demi de séjour et l'emploi d'un appareil plâtré qui avait été appliqué pendant le sommeil anésthésique, afin de corriger plus sûrement la déviation anormale du pied en dehors. L'autre avait depuis plusieurs semaines le pied enveloppé dans un appareil semblable, que M. Gosselin comptait laisser encore au moins deux mois. (*Gaz. des hôpit.*, mai 1861.)

Enfants (*Traitement des éruptions développées autour de l'anus chez les*). On rencontre de temps en temps des ulcérations cutanées opiniâtres, qui occupent le pourtour de l'anus chez les enfants; elle sont quelquefois accompagnées d'une tuméfaction considérable et même de fissures profondes. Cette affection qui, d'après le docteur Belly, est probablement de nature herpétique, ne résiste presque jamais à l'emploi, sous forme de lo-

tions, d'un liquide composé de 30 grammes d'eau de chaux, et de 7 à 10 centigrammes de bi-chlorure de mercure. On lotionne fréquemment la partie malade avec cette préparation. Si son application était trop douloureuse, on y ajouterait une certaine quantité d'eau. Pendant la nuit, ou lorsque l'enfant repose, on peut tremper des compresses dans le liquide et les appliquer sur la région anale. Il est important d'entretenir en même temps la liberté du ventre. (*Med. Times* et *Annales de littér. étrang.*, 1861.)

Hernie étranglée. *Nouveau fait témoignant en faveur de la position comme auxiliaire du taxis.* Voici encore un cas à ajouter à ceux de ce genre, assez nombreux, déjà, que nous avons eu occasion de rapporter, à celui notamment qu'on a pu lire dans une de nos dernières livraisons, et avec lequel il offre la plus grande analogie.

Le 14 mars dernier se présentait à Westminster Hospital William W., homme âgé de quarante-quatre ans, fabricant de soda-water, atteint de hernie depuis vingt ans. Il avait toujours porté un bandage, qui d'ailleurs n'avait pas empêché la hernie de s'échapper de temps à autre : mais, dans ces cas, il avait toujours pu la réduire parfaitement lui-même. La veille, au moment où il fermait une fenêtre à coulisse, la hernie descendit avec beaucoup de force, en dépit du bandage. et, cette fois, il ne put parvenir à la faire rentrer, et it se mit au lit après avoir rajusté son bandage. La nuit se passa sans sommeil, avec de vives douleurs, et, le matin, il eut des nausées et vomit son déjeuner. A l'hôpital, M. Henry Power trouva une hernie inguinale à droite : la tumeur était tendue, du volume environ d'un œuf de pintade, et extrêmement sensible. Il y avait des nausées et des douleurs inteuses qui s'irradiaient dans tout l'abdomen. Le chirurgien tenta d'abord, mais sans résultat, d'obtenir la réduction au moyen du taxis, le malade étant dans la supination, avec les genoux relevés. Avec l'aide de quelques élèves, il le fit alors placer dans une position verticale, la tête en bas, et, dans cette situation, il suffit d'une pression mudérée pendant moins d'une minute pour réduire l'entérocèle qui, en rentrant dans le ventre, fit entendre le bruit de gargouillement caractéristique. (*Lancet*, 23 mars 1861.)

Hydropisies (*De l'emploi de l'huile de croton tiglium dans les*). Le docteur Stevenson of Strasford rapporte deux cas d'hydropisie guérie par l'huile de croton, administrée à la dose d'un tiers à une demi-goutte chaque matin. Aux yeux de ce médecin, les bons effets du médicament doivent être rapportés à une action stimulante du médicament sur le système absorbant plutôt qu'à ses propriétés drastiques, car dans les deux cas les malades n'avaient jamais plus de deux à trois garde-robes dans la matinée.

Nous préférons, comme forme pharmaceutique, l'emploi de l'oléo-saccharum à celui des pilules que recommande le praticien américain. Une goutte d'huile est versée sur un morceau de sucre, que l'on triture avec soin, et que l'on divise en deux ou trois parties. Chaque fraction est donnée dans une cuillerée de confiture. (*British med. ch. review*, t. XXVI.)

Iode (*Traitement des ulcères indolents par la vapeur d'*). Depuis longtemps déjà, les propriétés excitantes et désinfectantes de l'iode sont mises à profit pour modifier l'état des surfaces et les qualités de la suppuration, dans le traitement des abcès froids, des foyers purulents, des trajets fistuleux, des ulcères indolents, sanieux, etc. Dans ce dernier cas, le docteur Brainard, de Chicago, se sert aussi de ce métalloïde, mais sous une forme particulière, celle de vapeurs : voici comment il procède.

Après avoir pansé l'ulcère avec une compresse enduite de cérat simple, il place par-dessus une autre compresse pliée en plusieurs doubles, contenant, suivant l'étendue et le degré d'indolence de la plaie, une quantité d'iode qui varie de 5 à 20 centigrammes; le tout est ensuite recouvert d'un morceau de taffetas gommé, puis d'une feuille d'étain assez grande pour dépasser les bords de l'ulcère, et enfin assujetti avec une bande roulée. Bientôt, sous l'influence de la chaleur du membre, l'iode se vaporise et le malade perçoit une sensation de chaleur à la surface ulcérée.

Selon M. Brainard, ce mode de traitement, qu'il a adopté depuis trois ans dans presque tous les cas d'ulcères indolents qui se présentent dans son service à l'hôpital de la marine, a des résultats presque toujours très-satisfaisants, et se montre bien supérieur à ceux qu'on emploie d'ordinaire en pareil cas : ses avantages sont la

propreté du pansement, la facilité de l'application, la cicatrisation rapide et la destruction de la mauvaise odeur de l'ulcère. Il est important de ne pas employer une trop grande quantité d'iode ou de ne pas l'appliquer d'une manière trop immédiate, sans quoi on s'exposerait à ce que le métalloïde agît comme escarrotique. (*Chicago med. Journ.*, janv. 1860, et *Ann. de littér. méd. étrang.*, 1861.)

Phthisie pulmonaire, *Son traitement par le chlorate de potasse.* Combien d'agents thérapeutiques n'a-t-on pas mis à contribution contre la pneumophymie! Et, d'un autre côté, depuis la réapparition du sel de Berthollet sur la scène, à combien de maladies n'a-t-on pas tenté de l'opposer! Il était à peu près inévitable qu'il se trouvât quelqu'un pour faire cette expérience dans le traitement de la cruelle maladie dont il vient d'être question. Malgré le succès annoncé, c'est moins, on le comprend, comme révélant une nouvelle ressource contre la phthisie, que comme document pour servir à l'histoire du chlorate de potasse, que nous enregistrons cette tentative.

Chez un malade qui présentait les signes rationnels et quelques-uns des signes physiques de la tuberculisation pulmonaire, M. le docteur Fountain, après avoir mis en usage sans succès les moyens ordinaires, prescrivit le chlorate de potasse, comme moyen, dit-il, de fournir de l'oxygène au sang, d'en augmenter les propriétés vitales, et, par suite, de soulager dans leur tâche une partie des poumons, enfin d'enrayer le travail de tuberculisation ou de faciliter l'absorption des tubercules déjà formés. Le malade prit d'abord le chlorate de potasse à la dose de 15 grammes par jour pendant un mois et demi, puis de 8 grammes, pendant le mois suivant, et, plus tard, enfin en plus petites quantités, et seulement par intervalles. En moins d'une semaine, il y eut un changement marqué dans l'état du patient; l'amélioration continua, et au bout de trois mois, il avait recouvré la plénitude de sa santé et de ses forces, et pouvait mener une vie très-active.

Sans doute, si pareil résultat se reproduisait plusieurs fois chez des sujets bien certainement tuberculeux, il faudrait bien en tenir compte, et l'on serait très-heureux de le faire. Mais en tenant le diagnostic pour parfaitement exact, et nous n'avons aucune raison pour le révoquer en doute, nous ne pouvons faire autrement que de remarquer que la phthisie, même confirmée, ne suit pas pour cela toujours une marche fatalement progressive : tous les praticiens le savent. Il n'y a ici qu'un seul fait, et un seul fait, les choses se passant quelquefois comme nous venons de le rappeler, est insuffisant, nous ne disons pas pour entraîner la conviction, mais pour faire sur l'esprit une certaine impression.

Quoi qu'il en soit, M. Fountain déduit les conclusions suivantes des cas qu'il a observés : 1° le chlorate de potasse peut être administré chaque jour à des doses considérables, sans qu'il en résulte aucun accident; 2° ce sel facilite les fonctions respiratoires, en fournissant de l'oxygène au sang; 3° il agit comme altérant tonique naturel et dépuratif du sang, en fournissant en plus grande quantité à ce liquide l'élément qui joue le principal rôle dans les modifications chimiques qui s'opèrent dans le laboratoire de l'économie humaine.

Remarquons que ces conclusions sont opposées aux résultats de la plupart des expérimentateurs : on sait que, suivant ces derniers, le chlorate de potasse ne serait pas désoxygéné dans l'économie, qu'il ne serait ni fixé, ni décomposé dans nos organes, mais éliminé rapidement en nature par la plupart des voies sécrétoires. (*Amer. med. Monthly*, sept. 1860, et *Ann. de litt. méd. étrang.*, 1861.)

Phthisie pulmonaire (*Influence des boissons alcooliques sur la*). L'usage des boissons alcooliques est-il, comme on l'a avancé dernièrement, favorable aux personnes prédisposées à la tuberculisation pulmonaire? Est-il avantageux dans les périodes avancées de cette maladie? D'après le docteur J. Bell, de New-York, il n'en serait pas ainsi, comme on va le voir d'après les conclusions par lui déduites des expériences et des recherches statistiques auxquelles il s'est livré. Les résultats de notre propre observation ne concordent pas, nous devons le dire, avec ceux de M. Bell; car, pour autant qu'on peut juger en de semblables questions, nous avons toujours vu la phthisie avoir une marche plus chronique, et la vie se prolonger plus longtemps chez les malades adonnés à l'ivrognerie : c'est du moins ce qu'il nous a semblé voir. Quoi qu'il en soit, voici les conclusions de M. Bell : 1° contrairement à ce qu'on a prétendu,

les boissons spiritueuses ne s'opposent pas au développement de la tuberculose pulmonaire; 2° l'usage de ces boissons favorise plutôt la disposition à cette maladie; 3° une fois que la phthisie est confirmée, les spiritueux sont sans influence bien marquée sur la marche de la tuberculisation: 4° à aucune période de la maladie, les alcooliques n'adoucissent les souffrances des sujets qui en sont atteints. (*Med.-chir. Monatsh.*, juill. 1860, et *Ann. de littér. méd. étrang.*, 1861.)

Santonine. *Son emploi associé à l'huile de ricin contre les lombrics.* Suivant le docteur Brisbarre, la santonine donnée seule n'a qu'une action équivoque, mais il en est tout autre ment lorsqu'on l'associe à l'huile de ricin; alors ses effets sont merveilleux et pour ainsi dire spécifiques. Ce médecin prescrit ordinairement 10 à 40 centigrammes de santonine dans une quantité d'huile de ricin qui varie suivant l'âge du sujet. On administre ce mélange le soir, après l'avoir bien agité, et on donne le lendemain matin une dose de séné. Nous pensons que cette dernière prescription peut très-bien être supprimée, et si la quantité d'huile de ricin prescrite ne suffisait pas pour provoquer l'expulsion des lombrics, mieux vaudrait en augmenter la dose. (*Med. Times* et *Ann. de littér. méd. étrang.*, 1861.)

VARIÉTÉS.

De la médecine morale (1).

Par M. Devay, professeur de clinique à l'École de médecine de Lyon.

La médecine morale est tout aussi bien une partie vivifiante de l'art de guérir qu'une question de dignité professionnelle. Moins le praticien paraît étranger aux indications relatives à son objet, plus il acquiert de considération vis-à-vis du public, plus il devient accessible à la famille et à ses confidences si précieuses. Alors, comme l'a dit un de nos maîtres et de nos meilleurs amis, on entre tout à fait dans le concert des intelligences légitimement chargées de diriger la civilisation. Notre rôle ainsi élargi, et notre aptitude à le remplir d'une manière digne et complète étant reconnue, on ne nous marchandera plus l'estime et la confiance; la considération nous reviendra telle qu'elle était jadis.

Maintenant, messieurs, que doit-on entendre par l'expression de *médecine morale?* Serait-ce donc uniquement l'art d'apporter des consulations à un malade, de raffermir sa confiance par des paroles puissantes, des conseils sympathiques, et de le maintenir ainsi au milieu des périls? C'est bien, nous ne l'ignorons pas, le sens généralement attaché à cet auxiliaire de la thérapeutique, c'est la pensée du vulgaire et un peu celle de médecins chargés de la mission de l'enseignement. Mais si on réfléchit aux besoins constants de la médecine pratique, à cette nécessité où l'homme de l'art se trouve de recourir, soit sous le rapport des causes et des symptômes des maladies, à l'étude des faits de l'ordre intellectuel et moral, on reconnaîtra bientôt que ce point de vue est trop restreint, et qu'il n'embrasse qu'une partie bien minime du vaste sujet affecté à la médecine morale. Celle-ci a des faces diverses et comporte plusieurs modes d'intervention. Si son plus bel apanage est de faire concourir à la guérison des maladies l'influence des modificateurs moraux tant intrinsèques qu'extrinsèques à la personne malade; si, dans ce cas, le médecin est toujours l'agent actif, le dispensateur des grâces, celui qui donne l'impulsion, qui s'es-

(1) Extrait d'une brochure qui doit paraître chez F. Savy.

saye sur le clavier si étendu des souffrances humaines, il reste encore au delà une bien belle et bien vaste mission. Et cette mission, le médecin ne peut pas la dédaigner, puisque la raison, unie à la plus impérieuse nécessité, la lui confère.

Définition, application de la médecine morale à la connaissance des symptômes des maladies. — N'existe-t-il pas, en effet, des maladies dont la nature est en partie du domaine moral, dont la séméiotique doit être puisée, presque en entier, dans l'étude des facultés de l'âme? Le médecin ne doit-il pas étudier avec autant d'attention que de surprise ces étranges anomalies de la volonté, de la mémoire, du jugement, ces terribles écarts de l'imagination ? Le médecin, digne de ce nom, ne le contestera jamais. Le médecin ne doit-il pas approfondir également le mode d'agir des influences morales ? L'étiologie est donc aussi un des points de vue de cette portion de l'art médical, dont nous nous proposons ainsi la définition, définition plus large, mais aussi plus exacte que celles qu'on a données jusqu'ici :

« La médecine morale est l'art d'étudier les symptômes psychiques survenant dans le début ou pendant le cours des maladies, de les interpréter, d'approfondir les causes morales ou sociales des maladies, puis d'utiliser les facultés de l'âme et les passions de la personne malade, soit pour la guérir, soit pour la soulager. »

Il est encore utile de faire ici une distinction entre la médecine morale et la médecine mentale. Quoique toutes deux aient entre elles des rapports assez immédiats, quoique leurs procédés aient une certaine analogie, elles diffèrent, quant au but qu'elles se proposent. L'une, la médecine mentale, a pour mission exclusive d'étudier les troubles de l'esprit : la pathologie de l'âme est son domaine propre; la seconde, comme nous allons le voir, est une des faces de la médecine générale. Plus on vieillit au service des souffrances de l'humanité, plus, par conséquent, on s'améliore soi-même, plus on attache de prix à ces révélations symptomatiques offertes par les facultés de l'âme, diminuées le plus souvent, quelquefois perverties, exaltées dans les cas plus rares. A notre époque, où, comme nous l'avons exprimé ailleurs, une sorte d'*oïdium* altère la pulpe de la substance cérébrale et flétrit l'organe de la pensée, où l'on voit augmenter les affections chroniques des centres nerveux, ces révélations deviennent plus opportunes. Il existe en clinique une véritable séméiotique de l'âme, de ses passions, de ses souffrances, aussi importante que celle du corps, mais que nous ne sayons point encore faire suffisamment fructifier. Lorsqu'on voudra compléter le tableau, déjà si riche, des signes d'une foule de maladies, il faudra y joindre l'expression des troubles ou des modifications qu'elles apportent dans les facultés de l'âme. Pourquoi, chez le diabétique, par exemple, et chez l'albuminurique également, l'imagination s'éteint-elle complétement, tandis qu'elle survit, s'accroît même dans d'autres maladies consomptives, telles que la phthisie? Pourquoi, dans la première de ces maladies, observe-t-on, jointe à l'inertie du caractère, une diminution de la sensibilité morale ? La misanthropie, qui se déclare dans l'âge mûr ou l'âge décroissant, doit faire redouter au médecin une maladie sourde des organes urinaires. La diathèse strumeuse, chez l'enfant, surtout lorsqu'elle est héréditaire, imprime aux facultés morales je ne sais quoi de sérieux et de triste qui frappe aussi vivement les personnes du monde que le médecin. Sur cette physionomie, qui exprime une maturité hors de proportion avec l'âge, vous entrevoyez une âme étrangère aux joies et aux illusions de l'enfance, pour qui la destinée a joint à une condition malheureuse le don

fatal d'une raison plus développée. De là, d'ingénieux mais bien outrés rapprochements établis, de nos jours, par quelques médecins versés dans la médecine mentale, entre les affections rachitiques, scrofuleuses, l'infirmité corporelle et le génie, et entre celui-ci et l'aliénation mentale. Si une supériorité intellectuelle s'observe fréquemment dans son union avec l'état maladif, n'oublions pas que, le plus souvent, le génie naît par la simple vertu du sol.

C'est cette psychologie pathologique qui nous révèle les signes avant-coureurs, si précieux pour les familles, des affections cérébrales dont l'évolution meurtrière ne peut être conjurée qu'à la période naissante; où une plus grande mobilité de l'attention et de la volonté, où une brusque dissonance dans le caractère, l'attitude intellectuelle, la moralité elle-même, font dire avec assurance au médecin qui sait observer : « L'épine est là. » Que dirons-nous des affections convulsives, spasmodiques, englobées vaguement sous le nom de *névroses*, qui donnent naissance à des perversions morales ou instinctives, à des habitudes aussi bizarres qu'extraordinaires ? Aussi devons-nous admirer le grand sens médical attaché par nos devanciers à ces expressions : *passion hystérique, passion hypocondriaque*, sous lesquelles ils désignaient l'hystérie et l'hypocondrie de nos jours. Ils y constataient ainsi l'existence d'un élément réel, l'élément moral.

Un des attributs de la médecine morale consiste donc à connaître les symptômes, à éclairer le diagnostic et le pronostic d'un grand nombre de maladies. Une part plus ample et plus belle lui est faite dans la recherche des causes si nombreuses des infirmités humaines. Mais avant d'aborder ce dernier point, permettez-moi, messieurs, de joindre une réflexion qui, je l'espère, se formulera chez vous en un vœu : c'est de voir l'enseignement de la psychologie reprendre dans les colléges le rang qu'elle occupait jadis; qu'on consacre à son étude le temps convenable. C'est dans cet ordre d'idées que l'aspirant à la carrière médicale puisera les notions indispensables sur l'âme, l'intelligence; c'est là que s'ouvrira au-devant de lui la perspective de faits qu'il devra approfondir plus tard, qu'il sera initié à la connaissance de la nature humaine.

Blessures par imprudence. — Opération chirurgicale. Responsabilité du médecin.

Voici un nouveau jugement qui vient consacrer une fois de plus les principes de la responsabilité médicale émis dans l'article que nous avons publié dans notre dernière livraison (p. 525).

Un sieur Hamelain a cité directement M. le docteur C*** pour blessures par imprudence, demandant en outre 10,000 francs de dommages-intérêts comme réparation civile. Selon le plaignant, M. le docteur C***, prenant une hernie pour un abcès, aurait, en incisant la prétendue tumeur, perforé l'intestin.

M. Tardieu avait été commis par le tribunal correctionnel de la Seine pour examiner le sieur Hamelain et faire un rapport. M. C*** a été renvoyé des fins de la plainte et la partie civile condamnée aux dépens.

Nous extrayons du réquisitoire de M. l'avocat impérial Genreau la partie relative aux principes de la jurisprudence en pareille matière.

Les faits ainsi résumés, quel est le droit ? Le voici tel qu'il résulte à nos yeux des principes mêmes des choses et qu'il est consacré par la jurisprudence. Et d'abord les médecins ne peuvent être toujours responsables, ni de l'insuccès sur le mal, ni même des conséquences fâcheuses pour le malade,

des opérations qu'ils pratiquent ou des remèdes qu'ils emploient. En effet, leur art est dans bien des cas conjectural, et, sur les points mêmes qui paraissent certains, l'observation des règles est souvent impuissante à assurer la guérison ; la mort comme la vie ne sont qu'entre les mains de Dieu. D'autre part, on ne peut admettre que les médecins ne seront jamais responsables des fautes qu'ils peuvent commettre dans l'exercice de leur art ; ce serait créer à leur profit une immunité qui n'appartient à personne ; conférer à leur profession un privilége qui n'existe pour nulle autre, et désarmer la justice contre des erreurs les plus dangereuses de toutes, puisqu'elles ont pour objet la santé et la vie même des citoyens.

Les médecins ne sont donc ni toujours responsables ni toujours irresponsables ; quelle sera la limite ? On a voulu la placer dans l'appréciation du médecin lui-même, et poser en principe que tant qu'il a agi selon sa conscience, il échappe à toute action. Nous ne pouvons admettre une telle théorie, qui aurait pour effet d'absoudre les plus grossières et les plus fatales erreurs, par cela seul qu'elles sont des erreurs et non des actes volontaires ; il faut donc chercher ailleurs la vérité, nous la trouvons dans l'application des termes de la loi et dans les décisions de la jurisprudence. Il y a responsabilité pénale toutes les fois qu'il y a une faute lourde, consistant dans une imprudence, une négligence, une inattention, une inobservation des règlements, et que cette faute lourde a causé soit la mort, soit des blessures ou des infirmités.

Veut-on des exemples ? Il y a imprudence, soit dans le fait hypothétique d'un médecin qui ferait une opération en état d'ivresse, soit dans des essais hasardés qui seraient inévitablement funestes au malade sans avoir pour but d'ouvrir, par une guérison possible, obtenue à l'aide de procédés nouveaux, des voies encore inconnues à la science. Il y a négligence soit dans le fait d'un médecin qui pratique une opération ou prescrit un remède sans employer ou sans indiquer les précautions sans lesquelles cette opération ou ce remède peut nuire au malade, soit dans le fait plus grand encore d'un médecin qui abandonnerait un client sans soins et sans secours, et le laisserait en danger après avoir entrepris sa guérison. Il y a inattention dans les cas, qui se sont malheureusement produits, d'un médecin commettant une erreur matérielle, soit dans l'indication d'un remède dangereux, soit dans la dose de ce remède et écrivant sur son ordonnance ou le nom d'une substance autre que celle qu'il voulait prescrire, ou une quantité exagérée qui fera du remède un poison. Il y a enfin inobservation des règlements dans le fait d'un officier de santé qui, contrairement aux prescriptions de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, fait une grande opération sans l'assistance d'un docteur en médecine.

Dans tous ces cas et autres analogues, notamment au cas d'ignorance des principes les plus certains et les plus élémentaires de la science, il y a responsabilité, et les médecins peuvent avoir à rendre compte des conséquences de leurs fautes, non-seulement devant la justice civile, au point de vue des dommages-intérêts, mais aussi devant la justice répressive, pour l'application de la loi dont nous venons de rappeler le texte.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours doit s'ouvrir en exécution du présent programme, à Strasbourg, le 21 octobre 1861 ; à Montpellier, le 30 octobre, et à Paris, le 5 novembre. Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'Ecole impériale du Val-de-Grâce ont été déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet, dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque localité, six jours avant l'ouverture des concours. Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Paris, une feuille de route de médecin sous-aide, avec indemnité. Chacun d'eux doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire : 1o son acte de naissance dû-

ment légalisé ; 2° le diplôme de docteur en médecine ou le certificat de réception au cinquième examen ; 3° un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire ; 4° l'indication exacte de sa demeure ; 5° pour les candidats comptant des services militaires, les pièces constatant ces services. L'entrée à l'Ecole du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 1er au 10 janvier 1862.

La durée du stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent.

Les stagiaires reçoivent, pendant leur séjour à l'Ecole, les appointements de l'ancien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2.160 francs par an. Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 francs et payable : 250 francs au moment de leur admission à l'Ecole et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci dessus, et 250 francs après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve des examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officiers. Après deux ans de grade, ils passent de droit aides-majors de première classe.

La Faculté de médecine de Strasbourg s'est réunie, le 24 juin, pour entendre la lecture des rapports sur les titres des candidats à la chaire de pathologie et de clinique médicale. M. le docteur Hirtz, agrégé, est présenté en première ligne par 11 voix sur 13 votants ; M. Strohl, agrégé, est placé en seconde ligne par 8 voix contre 5, et M. Wieger, agrégé, a obtenu l'unanimité comme troisième candidat.

L'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine-Inférieure, dans son assemblée générale, tenue à Rouen, le 14 de ce mois, a voté son agrégation à l'Assocation générale.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, sont nommés membres du Comité impérial des travaux historiques et des Sociétés savantes (section des sciences) : MM. Milne-Edwards, Payen, Delafosse, Duchartre, Denonvilliers, Natalis-Guillot, Wurtz, Cahours, Philips, Turgan, Blanchard.

Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, sont nommés médecins inspecteurs à Challes, M. Cisset ; à Orezza, M. Perelli ; inspecteurs adjoints à Aix (Savoie), MM. Davat et Berthier ; à Bagnères-de-Luchon, M. Villiers.

L'Ecole de pharmacie, appelée à présenter la liste des candidats à la chaire de physique vacante dans son sein, a placé en première ligne M. Buignet, en deuxième ligne M. Guillemin.

Le Conseil municipal de Bagnères-de-Bigorre a voté l'érection, sur une des places publiques de cette ville, de la statue du baron Larrey, chirurgien en chef des armées du premier empire.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT

TABLE DES MATIÈRES

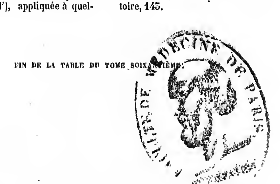
DU SOIXANTIÈME VOLUME.

Q

R

S

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTIÈME.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.